стр. 5
Актуальная тема: энтомотерапия в современной урологии

стр. 7
Расстройства мочеиспускания у мужчин и сексуальная жизнь

стр. 14
Междисциплинарный подход к проблемам мужского здоровья

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2 2023 г.

В НОМЕРЕ

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ

XIX Конгресс «Мужское здоровье»: сохранить и приумножить стр. 2

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Кардиологические последствия лечения пациентов с онкологическими заболеваниями: пути решения стр. 6

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Врачи-дерматологи и онкологи – о проблемах мужского здоровья стр. 12

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Хронический простатит у подростков стр. 17

Медицина и спорт всегда рядом друг с другом

XIX конгресс «Мужское здоровье» не стал исключением! Кроме интересных докладов и горячих дискуссий, 25 апреля 2023 года, на ледовой арене в Олимпийском парке Сочи было не менее жарко…

За день до научной программы прошел товарищеский хоккейный матч среди урологов России. В матче приняли участие 2 команды, возглавляемые академиком РАН А.А. Камаловым и профессором С.В. Поповым! В очередной раз было доказано, что «Талантливые люди – талантливы во всем»! Все участники команд показали отличные навыки игры в хоккей и спортивный азарт. Было множество голевых передач и опасных моментов. До конца матча не было понятно, кто одержит победу… Несмотря на разницу в счете в одну шайбу, победила настоящая «Урологическая» дружба!

По итогу игры все участники были награждены памятными медалями.

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, академик РАН, д.м.н., профессор, директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Заместитель главного редактора
Алексей Георгиевич МАРТОВ, член-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор
Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

Редакционный совет
Аполихин О.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., академик РАН, д.м.н., профессор
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., академик РАН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор
Матвеев В.Б., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Пушкарь Д.Ю., академик РАН, д.м.н., профессор
Теодорович О.В., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»
Адрес: Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, к. 10
Телефон: +7 (903) 295-66-81
Алексеева Марина Валерьевна
E-mail: mosurolog@bk.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ и ИЗДАТЕЛЬ
Межрегиональная общественная организация «Мужское и репродуктивное здоровье»

4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ No ФС77–72661 от 16 апреля 2018 г.

Распространение федеральное
Газета отпечатана в ООО «Типография А2»
115516, Москва, Кавказский бульвар д. 59 стр. 3
Тел: 8 (495) 877-47-05, info@tipografiya-a2.ru

Цена свободная

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский уролог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

XIX Конгресс «Мужское здоровье»: сохранить и приумножить

В этом году XIX Конгресс «Мужское здоровье» с международным участием традиционно прошел 26–28 апреля в городе Сочи, который по праву считается здравницей мирового значения.
Мероприятие состоялось при поддержке Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Медицинского научно-образовательного центра МГУ, Российского общества урологов, общественных медицинских организаций стран СНГ. Конгресс собрал большое количество участников, которые на протяжении трех дней делились своими знаниями и опытом по поводу проблем, связанных со здоровьем мужчин. В рамках научной программы прошли симпозиумы, круглые столы, лекции, школы, дискуссии и другие мероприятия. Темы конгресса по традиции были посвящены диагностике, лечению и профилактике заболеваний мужских репродуктивных органов.

Открывая конгресс, президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», директор МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, д.м.н., профессор **Армаис Альбертович Камалов** напомнил о 20-летии движения «Мужское здоровье» – дате, важной не только для урологов, но и для всех специалистов, принимающих участие в решении проблем, которые затрагиваются на конгрессе. «Мы объединили огромную армию людей, врачей и ученых, которые занимаются вопросами мужского здоровья. Последние 6 лет мы проводим наш конгресс в гостеприимном городе Сочи, за что отдельная благодарность профессору Владимиру Леонидовичу Медведеву», – отметил он.

Жидкостная биопсия с выявлением внеклеточной опухолевой ДНК

Пленарное заседание открыл доклад врача-уролога, онколога, научного сотрудника отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, доцента кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова **Давида Михайловича Камалова**, который рассказал об особенностях жидкостной биопсии с выявлением внеклеточной опухолевой ДНК в диагностике больных раком мочевого пузыря (РМП).

Он сообщил, что, в соответствии с эпидемиологической статистикой, РМП находится на 6 месте в структуре онкологических заболеваний у мужчин и на 16 месте в структуре онкологических заболеваний у женщин, а прирост заболеваемости РМП за последние 20 лет составил 28,3%. При этом среди основных факторов риска (50%) – курение электронных сигарет и длительное воздействие ароматических аминов (10%), частота рецидивирования составляет до 70%, прогрессирования – до 30%. «Главной проблемой диагностики является тот факт, что ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря (МП) вообще не входит в программу диспансеризации, – отметил докладчик. – Поэтому самым эффективным способом выявления рака МП сегодня является цистоскопия, которая позволяет увидеть опухоль и объем поражения, однако не каждый российский медцентр имеет возможность от консультации сразу перейти к цистоскопии. А среди генетических методов исследования пока нет достаточно чувствительных маркеров РПМ».

Далее доктор Д.М. Камалов дал пояснения по поводу жидкостной биопсии: «Это совокупность различных подходов к неинвазивному обнаружению дериватов опухолевых клеток, таких как внеклеточная опухолевая ДНК, экзосомы, циркулирующие опухолевые клетки. Надо отметить, что исследования, проводимые ранее (геномные атласы) были направлены на то, чтобы выявить кодирующие области будущих молекул. При этом распространенность самых встречающихся мутаций кодирующих областей, характерных для РМП, крайне низка. По этой причине генетики решили рассмотреть некодирующие области. Пока не существует атласов некодирующих областей, однако при их исследовании было отмечено, что мутации, характерные для РМП, встречаются здесь гораздо чаще, чем в кодирующих областях».

Давид Михайлович поделился опытом, наработанным им и его коллегами в процессе исследования: «Мы решили проследить за состоянием наших пациентов, у которых были отмечены мутации генов TERT promoter и GPR126: среди них у 70 человек был диагностирован РМП, а 35 были здоровыми добровольцами».

В МГУ был разработан набор реагентов, позволяющий проводить одновременный анализ комбинаций некодирующих мутаций в гене GPR 126 в образцах мочи пациентов с РМП. В процессе данного анализа по результатам выявления опухолевой ДНК была показана его 100%-я специфичность и 35%-я чувствительность. При совмещении двух методов в результате выявления опухолевой ДНК в моче по мутациям в генах TERT promoter и GPR 126 была отмечена специфичность 100% и чувствительность 67%. Результаты

выявления опухолевой ДНК в моче по мутациям pTERT+FGFR3+PIK3CA+GPR126 показали специфичность 100% и чувствительность 79%.

«Таким образом, всего лишь по результатам анализа мочи мы можем с вероятностью 79% заключить не только, есть ли у пациента РМП, но и определить потенциальную возможность его возникновения в будущем. Вышеописанные данные были опубликованы не только в российских, но и в зарубежных профессиональных изданиях, которые проявили интерес к нашим исследованиям», – сообщил докладчик.

Выбор метода оперативного лечения пациентов с гиперплазией предстательной железы больших размеров

Заведующий кафедрой урологии КубГМУ Минздрава России, главный внештатный уролог и трансплантолог министерства здравоохранения Краснодарского края, руководитель Краевого уронефрологического центра, заместитель главного врача по урологии НИИ-ККБ №1 имени проф. С.В. Очаповского», д.м.н., профессор **Владимир Леонидович Медведев** напомнил о том, что с возрастом размер ПЖ у мужчины увеличивается, а при больших размерах ПЖ в соответствии с современными рекомендациями следует выполнять либо аденомэктомию, либо гольмиевую энуклеацию, либо лазерную вапоризацию, либо стандартную трансуретральную резекцию ПЖ (ТУР ПЖ). «Однако ожидания клиницистов и пациентов в отношении результатов операции могут различаться, – подчеркнул он. – Пациенты (в отличие от клиницистов) могут предпочитать варианты лечения менее эффективные, но приводящие к меньшему риску осложнений или более быстрому возвращению к нормальной жизни. При этом статистика показывает, что лишь 61% пациентов довольны выполненным оперативным лечением, 35% отмечают возобновление прежних симптомов, а 3% нуждаются в повторной операции. В одном из исследований было показано, что современные урологи предпочитают выполнять ТУРП за 90 минут, поскольку количество интраоперационных и развивающихся в послеоперационном периоде осложнений (инфекция, необходимость в переливании крови, пневмония, инфаркт миокарда) напрямую зависит от увеличения времени операции. В другом исследовании показано, что механические повреждения и утечка электротока в процессе ТУРП часто приводят к стриктурам мочеточника, повреждениям в зоне рабдосфинктера и мембранозной уретры. Причем, частота этих осложнений увеличивается пропорционально размерам ПЖ».

Далее Владимир Леонидович отметил, что с учетом профиля безопасности лазерная энуклеация простаты может применяться как альтернатива открытой аденомэктомии у пациентов с объемом простаты более 80 см^3. «В исследовании, где было проведено сравнение результатов операций роботической по Миллину, лапароскопической, открытой аденомэктомией и энуклеацией показано, что все эти методики имели одинаковые функциональные результаты. При этом в группе сравнения «лапароскопия/робот» не было разницы между методами, а в группе «Holep/робот» не было достоверной разницы. Однако в группе «открытая хирургия/робот» у пациентов, которым была выполнена открытая аденомэктомия, наблюдалось большее количество осложнений и были отмечены более частая нобходимость гемотрансфузии, более длительное пребывание в стационаре»,– пояснил он.

Докладчик перечислил преимущества отдельных видов операций. У робот-ассистированной транскапсулярной аденомэктомии: эффективность как при открытой аденомэктомии; короткая кривая обучения для опытных роботических хирургов; интактность уретры; возможность нвыполнения при узком диаметре уретры; низкий риск развития стриктуры уретры; низкая степень ургентности в послеоперационном периоде, особенно при формировании уретровезикального анастомоза. Преимуществами реконструкции шейки мочевого пузыря, по его мнению, являются снижение необходимости в электрокоагуляции ложа удаленной гиперплазированной ткани (аденомы); уменьшение раневой поверхности на капсуле простаты; уменьшение частоты послеоперационного кровотечения из ложа аденомы; сокращение продолжительности послеоперационной ирригации мочевого пузыря; уменьшение послеоперационных симптомов (чувство жжения и боли), а также ирритативной симптоматики.

В завершение доклада профессор В.Л. Медведев сообщил о преимуществах робот-ассистированной уретросберегающей аденомэктомии: эффективность как при открытой аденомэктомии; минимальная инвазивность; возможность интрапузырного применения технологии FireFly (система визуализации роботической хирургической системы da Vinci для работы в видимом и ближнем инфракрасном диапазоне флуоресценции в режиме реального времени) для прецизионной диссекции шейки мочевого пузыря и уретры; возможность сохранения эякуляторного тракта (за счет рефлюкса индоцианина зеленого через семенной бугорок); возможность выполнения при узком диаметре уретры; низкая степень ургентности в послеоперационном периоде; отсутствие необходимости в орошении мочевого пузыря; сохранение эякуляторной функции.

«Выбор операционной техники зависит от размера простаты, сопутствующих заболеваний пациента, вида анестезии, предпочтений пациента, готовности принять специфические побочные эффекты, связанные с операцией, наличия оборудования, опыта хирурга», – сказал докладчик в заключение.

Новое в лечении пациентов с распространенным раком предстательной железы

Заместитель директора по научной и инновационной работе НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России, профессор кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, президент Российского общества онкоурологов, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Всеволод Борисович Матвеев** начал доклад с упоминания вариантов лечения больных раком предстательной железы (РПЖ): «Помимо оперативного лечения, лучевая терапия имеет огромное значение, особенно у пациентов, которым не подходит операция, у пациентов с местно-распространенными формами РПЖ. При этом мы всегда применяем лучевую терапию в комбинациях с гормональной терапией (аналогами лютеинизирующего гормона рилизинг гормона - ЛГРГ). В 3 рандомизированных исследованиях, где пациенты получали лучевую терапию с аналогами ЛГРГ (медиана наблюдения составила 14 лет, нормальный уровень тестостерона до исследования был у 80% пациентов, сниженный – у 20%), было показано, что после 6-месячной блокады аналогов ЛГРГ уровень тестостерона восстановился у 76% больных через 1,5 года, после 18-месячной блокады – у 54% больных через 3 года, после 36-месячной блокады – только у 45% пациентов через 5 лет. Поэтому необходимо помнить, что, отменяя терапию аналогами ЛГРГ, мы на несколько лет оставляем пациентов со сниженным уровнем тестостерона».

Говоря о пациентах с метастатическим РПЖ (мРПЖ), профессор В.Б. Матвеев подчеркнул, что сегодня онкологи не лечат всех пациентов одинаково, всех их разделяют на несколько групп больных. В первую очередь, это пациенты с первично выявленным мРПЖ и пациенты после проведенной локальной терапии. «Это важно, так как прогноз у этих больных абсолютно разный, – подчеркнул докладчик. – Медиана выживаемости 3 года у пациентов с первично выявленным мРПЖ с большим объемом метастатического поражения и 8 лет – у пациентов, у которых метастазы развились после проведенного локального лечения (у них малый объем метастатического поражения). Необходимо дифференцированно подходить к выбору терапии, учитывая объем метастатического поражения, и сегодня тенденция такова, что мы должны интенсифицировать лечение у пациентов с большим объемом ПЖ с первично выявленным мРПЖ и проводить более щадящее лечение пациентов, метастазы у которых возникли в процессе лечения».

Профессор В.Б. Матвеев сообщил, что, согласно рекомендациям Ассоциации онкоурологов России, комбинированная терапия является стандартом лечения больных мРПЖ: «Пациентам, у которых РПЖ манифестирует в стадии М1 и у которых нет противопоказаний к терапии доцетакселом, рекомендуется кастрация в комбинации с химиотерапией (доцетаксел) – 6 курсов терапии в дозе 75 мг/м^2 в комбинации с андрогенной депривацией (АДТ), затем – проведение только АДТ. Пациентам с РПЖ со стадией М1, которые могут перенести данную схему лечения, предлагают АДТ в комбинации с одним из перечисленных препаратов: абиратерон в сочетании с преднизоном, апалутамид или энзалутамид. Пациентам с РПЖ со стадией М1, у которых имеется малый объем метастатического поражения, рекомендуется предложить АДТ в сочетании с лучевой терапией ПЖ. В одном из исследований было показано, что тройная комбинация АДТ+доцетаксел+даролутамид увеличивает общую выживаемость и должна стать новым стандартом первой линии терапии пациентов с метастатическим гормоночувствительным РПЖ. В этом исследовании установлено, что относительный риск смерти снижается на 30% во всех исследованных подгруппах пациентов, а сама комбинация обладает безопасным профилем токсичности. Еще одна комбинация (АДТ+доцетаксел+абиратерон с преднизолоном) в исследовании показала увеличение выживаемости без прогрессирования и увеличение общей выживаемости пациентов с большим объемом ПЖ, по сравнению с применением у них двойной комбинации (АДТ+доцетаксел). При этом у пациентов с малым объемом ПЖ и у мужчин старше 70 лет достоверного преимущества установлено не было. Поэтому тройная комбинация (АДТ+доцетаксел+абиратерон с преднизолоном) должна применяться у

пациентов высокого риска, с большим объемом ПЖ и моложе 70 лет», – пояснил он.

Кожные токсические реакции у пациентов после таргетной противоопухолевой терапии

Заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии, проректор по учебной работе ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, д.м.н., профессор **Лариса Сергеевна Круглова** сообщила, что в онкоурологии используется традиционная химиотерапия, а также новые классы препаратов таргетной и иммунотерапии. При этом у пациентов наблюдается определенная специфика именно в отношении кожных токсических реакций.

«Если изначально, когда вводились эти классы препаратов, мы рассчитывали на их бóльшую безопасность за счет таргетности воздействия, то сегодняшние клинические исследования и сама практика показывают, что кожные токсические реакции встречаются достаточно часто и порой могут влиять не только на качество жизни, но и на основную противоопухолевую терапию, – пояснила она. – При этом у препарата существует определенный класс специфичности: в зависимости от механизма действия самого противоопухолевого препарата различаются и кожные реакции».

В отношении традиционной химиотерапии докладчик сообщила, что она дает неспецифическое повреждающее действие, в том числе на кожные покровы. Что касается таргетной и иммунотерапии, то виды клинической картины будут зависеть от механизма действия. «Например, основными проявлениями на коже после применения блокаторов EGFR являются акнеподобная или папулопустулезная сыпь. Если говорить о сигнальных путях RAS, BRAF, MEV, то на первый план здесь будут выходить различные доброкачественные и злокачественные опухоли кожи. После терапии мультикиназными ингибиторами обычно возникает ладонно-подошвенная реакция. Все эти проявления влияют на качество жизни пациента и на продолжение основного противоопухолевого лечения. Из неспецифических проявлений следует отметить ксероз и фотосенсибилизацию».

Также докладчик отметила, что взаимосвязь между степенью выраженности кожной токсичности и эффективностью терапии ингибиторами EGFR была отмечена в ряде исследований: по результатам подгрупповых анализов регистрационных исследований с панитумумабом степень выраженности кожной сыпи коррелировала с увеличением эффективности терапии, общей выживаемости пациентов и выживаемостью без прогрессирования.

«Мы разработали определенную схему для профилактики различных видов кожных токсических реакций у пациентов, получающих таргетную противоопухолевую терапию, - сообщила профессор Л.С. Круглова. - В нее входят снижение усугубляющего действия триггерных факторов, реактивная терапия (когда клиническая картина уже развивается) и психологическая поддержка пациентов. Основные мероприятия по профилактике включают препараты тетрациклинового ряда в противовоспалительной дозировке (100 мг 1 раз в сутки), кортикостероид гидрокортизон (применяют местно на лицо, шею грудь), бережное очищение, увлажнение и обязательная фотозащита (наносить перед выходом на улицу на открытые участки тела)».

Докладчик сообщила, что ксероз 2–3 степени тяжести и трещины 3 степени тяжести часто развивается у пациентов на таргетной терапии, что является входными воротами для вторичной инфекции и дает препятствия для самообслуживания пациентов. Рекомендации по лечению экзем, трещин, ксероза, трихомегалии и мукозитов заключаются в следующем: комбинированные препараты, содержащие кортикостероид, антибиотик и антимикотик плюс бережное очищение и обязательный режим с избеганием агрессивных домашних хозяйственных работ.

Также профессор Л.С. Круглова познакомила коллег с алгоритмом ведения пациентов с оральным мукозитом: сюда входит санация полости рта и щадящая чистка зубов, для профилактики присоединения вторичной инфекции - полоскание рта антисептиками (хлоргексидин) и бережное использование зубной нити. В качестве противовоспалительной терапии рекомендовано полоскание рта дексаметазоном, применение высокоэффективных кортикостероидов (гель или крем клобетазол), обезболивающие средства (анальгезирующий препарат с 2% растровом лидокаина), местные анальгетики (например, доксепин для полоскания). В случае сильной боли следует рассмотреть другие способы введения анальгетиков.

«Профилактика и симптоматическое лечение пациентов с симптомами кожной токсичности необходимы для сохранения эффективности противоопухолевого лечения и минимизации негативного влияния нежелательных побочных реакций со стороны кожных покровов на качество жизни пациента. В большинстве случаев токсичность корректируется без редукции дозы или отмены противоопухолевых препаратов», – резюмировала докладчик.

Современное состояние вопроса репродукции у мужчин

Врач уролог-андролог, научный руководитель по андрологии и репродукции УДП РФ, ведущий научный сотрудник НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова, д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова **Владимир Александрович Божедомов** напомнил о том, что мужское бесплодие является причиной отсутствия беременности у партнерши в 30–50% случаев, при этом исследования показывают, что в последнее десятилетие качество спермы у мужчин снижается. «При бесплодии нарушения могут возникать на разных уровнях, – отметил докладчик. – При формировании половых органов, сперматогенезе, созревании сперматозоидов в придатках, их транспорте в репродуктивном тракте и эякуляции, проникновении через цервикальную слизь, капацитации, акросомной реакции и оплодотворении яйцеклетки. Кроме того, идентифицированы сотни взаимосвязанных между собой генов, кодирующих формирование молекул, обеспечивающих различные этапы сперматогенеза, регулирующих запуск механизмов апоптоза сперматозоидов, модулирующих реакцию сперматогенного эпителия на гормональную стимуляцию и воспалительные процессы».

Докладчик подчеркнул, что в 2/3 случаев причиной снижения фертильности мужчин являются функциональные нарушения сперматозоидов. «Риск замершей беременности у партнерши значительно увеличен, когда в жизни мужчины имели место курение, алкоголь, факторы профессионального воздействия и окружающей среды. Ведущей причиной является фрагментация ДНК сперматозоидов (ФДС), поэтому оценивать ФДС рекомендуют многие профессиональные ассоциации. Тестирование повреждения ДНК спермы следует предлагать при лечении пациентов с бесплодием даже после одного выкидыша у партнерши. Основной причиной повреждения ДНК является окислительный стресс, который, по-видимому, усугубляется курением, ожирением, чрезмерными физическими нагрузками», – пояснил профессор В.А. Божедомов.

Также докладчик отметил, что плохое качество спермы – это биомаркер риска индивидуального и семейного рака, различных метаболических нарушений и уменьшения продолжительности жизни. Бесплодие и гипогонадизм включают в себя серьезные последствия для здоровья мужчины: рак яичек, сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, остеопороз, психические заболевания, уменьшение продолжительности жизни.

Говоря о правовом регулировании оказания медицинской помощи при мужском бесплодии, профессор В.А. Божедомов упомянул новую редакцию (2023 года) стандартов и клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом и являющихся обязательными. Он предупредил, что отклонение от этих рекомендаций представляет определенную юридическую опасность.

«Обследование мужчины в бесплодной паре представляет собой определенный алгоритм, где необходимо учесть потенциал фертильности женщины и мужчины, оценить его анамнестические данные, провести корректное физикальное обследование, а также исследование эякулята не только с помощью стандартных показателей, но и применяя дополнительные 15 тестов, которые предлагаются для выяснения причин идиопатического бесплодия. Это необходимо, чтобы понять: можно ли рассчитывать на спонтанную беременность или сразу прибегать к вспомогательным репродуктивным технологиям. Эта проблема является междисциплинарной, поскольку речь идет о бесплодии пары, где установить причину бесплодия каждого из партнеров достаточно сложно», – пояснил он. При этом докладчик отметил еще одно обстоятельство: снижение репродуктивной функции одного из супругов может быть компенсировано высокой фертильностью другого.

«Всегда необходимо помнить, что исследования в отношении причин бесплодного брака продолжаются, и многое еще не ясно. Нам необходимые дополнительные исследования высокого доказательного уровня. А мы, со своей стороны, как экспертная группа, каждый раз стараемся обновить рекомендации и всегда готовы принять и изучить рекомендации и опыт своих коллег», – сказал Владимир Александрович в заключение.

Энтомотерапия в современной урологии

Доклады апрельского XIX Конгресса «Мужское здоровье» были посвящены не только новым открытиям, но и «хорошо забытым старым» препаратам, на применение которых современные урологи посмотрели свежим взглядом.

От эволюции – к революции в лечении пациентов с хроническим простатитом

Профессор кафедры урологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова, заведующий урологическим отделением клиники имени Э.Э. Эйхвальда, д.м.н. **Евгений Семенович Шпиленя** обратился к комплексному анализу лекарственных методов лечения больных хроническим простатитом (ХП), чтобы констатировать: ни один из них не обладает реальной эффективностью. Что касается немедикаментозных методов лечения, то 38 крупных исследований также показали, что ни массаж, ни рефлексотерапия, ни ударно-волновая терапия не оправдывают возлагаемых на них ожиданий.

Докладчик отметил, что в поисках вариантов помощи пациентам с ХП современные урологи обратились к исследованиям своих предшественников, в том числе натуропатической урологии доктора Гео Эспинозы (директора Центра интегративной урологии Нью-Йоркского Университета), который, показал, что пчелиный яд является пептидом, содержащим 22 аминокислоты, разрушающим тучные клетки, обладает высокой противовоспалительной активностью. Кроме того, хирургам прекрасно известно, что насекомые сыграли свою положительную роль в развитии хирургии: челюсти и лапы насекомых послужили моделями для современных лапароскопических роботизированных манипуляторов и степлеров для зашивания ран; нити пауков – для глазной хирургии; препараты, произведенные из цикад, используются для лечения больных инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы. А в современном труде 2010 года д.б.н. В.Н. Лазарева рассказано о новой стратегии использования генов антимикробных пептидов из яда членистоногих [1].

«Поэтому сегодня мы рассматриваем энтомотерапию как «новый старый» тренд и при этом используем антибактериальные средства (из муравьиной кислоты, бабочки цекропии, токсинов скорпиона и др.), противоопухолевые средства (мелитин, фосфолипазу, хлоротоксин и др.) – терпеноиды, углеводы, органические спирты, сапонины, полифенольные гликозиды, хиноны, алкалоиды, липиды, гормоны...» – сообщил профессор Е.С. Шпиленя.

Далее докладчик подробно остановился на описании свойств биомассы личинок непарного шелкопряда (*Lymantria dispar*), которая содержит ликопротеиды, обладающие выраженным антиоксидантным, противовоспалительным, антипролиферативным действиями. «В лабораторном исследовании было доказано, что биомасса личинок непарного шелкопряда подавляет окислительный стресс, снижает концентрацию внеклеточных провоспалительных интерлейкинов 6 и 8, обладает антипролиферативным действием» [2].

Профессор Е.С. Шпиленя представил современный оригинальный европейский лекарственный препарат **Аденопросин®**, созданный на основе энтомокомплекса для терапии пациентов с заболеваниями ПЖ. **Аденопросин®** прошел через 10-летний период доклинических лабораторных исследований и в 2010 г. был запущен в производство в виде суппозиториев. Эффективность препарата была доказана, начиная с 2008 г.: в крупных работах показано, что **Аденопросин®** в комплексной терапии у пациентов с ХП и эректильной дисфункцией (ЭД) приводит к значительному уменьшению выраженности симптомов ХП и улучшению эректильной функции. В одной из своих новых работ профессор В.Л. Медведев доказал, что **Аденопросин®** обладает противовоспалительным действием, уменьшает боль, улучшает эректильную функцию, снижает уровень маркеров воспаления и может быть рекомендован пациентам с хроническим бактериальным простатитом [3]. Результаты лечения имели устойчивые результаты на протяжении 3 месяцев. Профессор А.И. Неймарк также представил свои материалы по эффективности применения препарата **Аденопросин®** в виде монотерапии у пациентов с хроническим абактериальным простатитом [4]: у больных улучшились показатели спермограммы, эректильная функция, функциональное состояние предстательной железы (ПЖ) и уменьшились болевые симптомы.

«Большое количество работ по эффективности и безопасности применения **Аденопросин®** стало поводом для того, чтобы включить препарат в методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы», – резюмировал докладчик.

Эффективность и безопасность энтомотерапии: новые клинические данные

Профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, д.м.н. **Леонид Григорьевич Спивак** подтвердил в своем докладе информацию профессора Е.С. Шпилени, сообщив, что в результате ряда исследований энтомологические препараты, в том числе **Аденопросин®**, не уступали, а даже превосходили по эффективности нестероидные противовоспалительные средства.

Приводя обзор свойств препарата **Аденопросин®**, полученных *in vitro*, докладчик отметил среди них антиоксидантный эффект за счет уменьшения количества внутриклеточного пероксида водорода, противовоспалительный эффект (ингибирование IL-6, IL-8, VEGF), ингибирование апоптоза в воспалительной среде (клеточная протекция), уменьшение размера ПЖ за счет индуцирования апоптоза ее клеток, блокирование образования колоний, ингибирование потенциала роста клеток.

«13 клинических исследований, проведенных в 18 клинических центрах 42 исследователями среди 828 пациентов – все это серьезный опыт, включенный в метаанализ. Он показал, что **Аденопросин®** является представителем энтомологических препаратов, доказавшим свою эффективность в комплексном лечении и монотерапии пациентов с симптомами нарушенного мочеиспускания, обусловленных доброкачественной гиперплазией ПЖ, ее воспалением и их сочетанием [5]. Не случайно **Аденопросин®** был признан одним из перспективных урологических препаратов для консервативной терапии и включен в Методические рекомендации по биологическим и комплементарным препаратам в урологической практике Департамента здравоохранения г. Москвы и в Учебно-методическое пособие «Симптомы нижних мочевых путей у мужчин» 2022 г. под авторством академика Д.Ю. Пушкаря. И хотя в целом исследований по поводу эффективности **Аденопросин®** уже немало, в ближайшее время нас ждет еще один метаанализ, который, надеюсь, позволит включить этот препарат в российские клинические рекомендации», – сказал в заключение профессор Л.Г. Спивак.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазарев В.Н. Новая стратегия использования генов антимикробных пептидов из яда членистоногих в качестве генотерапевтических агентов». Диссертация на соискание ученой степени докт. мед. наук. М., 2010. https://new-disser.ru/_avtoreferats/01004949593.pdf?ysclid=lhqft2srjw445749192
2. Olariu L. et al. Entomological complex with proapoptotic and antiproliferative effect on prostatic sell. Euroinvent Timisoara, 2017.
3. Медведев В.Л., Ефремов М.Е. Эффективность применения препарата Аденопросин в комплексном лечении пациентов с хроническим бактериальным простатитом. Инновационная медицина Кубани. 2020. №3(19) С. 45–51.
4. Неймарк А.И. и соавт. Применение препарата Аденопросин у больных с хроническим абактериальным простатитом. Фармакология и Фармакотерапия. 2020. №2. С. 81–85.
5. Демидко Ю.Л., Алленов С.Н., Ужегов Т.А., Каситериди И.Г. Эффективность Аденопросина у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, хроническим простатитом и симптомами нижних мочевых путей. Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 3. С. 34–40.

Кардиологические последствия лечения пациентов с онкологическими заболеваниями: пути решения

На сессии XIX Конгресса «Мужское здоровье», посвященной междисциплинарному взаимодействию, заместитель директора по научной работе МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, врач-кардиолог, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н. **Симон Теймуразович Мацкеплишвили** рассказал о том, что сегодня огромное количество пациентов со злокачественными новообразованиями не могут получить оптимальное лечение по причине того, что у них либо изначально есть кардиологическая проблема, либо развивается кардиотоксичность.

«В качестве примера приведу клиническое наблюдение пациента, который находился в клинике МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова: у мужчины рак почки, массивная макрогематурия, низкая фракция выброса, скорость клубочковой фильтрации – 30 мл/мин, он перенес инфаркт миокарда. Что делать в такой ситуации? Естественно, онкологи не могут брать его на нефрэктомию, учитывая сердечно-сосудистый анамнез пациента, а кардиологи не могут (учитывая гематурию) в случае выполнения чрескожных вмешательств назначать ему антиагрегантную терапию, которая способна привести к тяжелому кровотечению и угрозе жизни», – пояснил он.

Докладчик сообщил, что в ситуации с данным пациентом хирурги эмболизировали почечную артерию и остановили кровотечение. Это позволило через несколько недель имплантировать мужчине стент, улучшить функцию его сердца и затем выполнить ему нефрэктомию, удалив злокачественный очаг (отдаленных метастазов у пациента нет). «Подобные примеры редко разбираются врачами, поскольку в сферу кардиоонкологии большинство из них почему-то включают только последствия кардиотоксичности в результате проведенной химиотерапии, таргетной терапии, иммунотерапии, радиотерапии. Однако кардиоонкология – это новая дисциплина, интересы которой сфокусированы на состоянии сердечно-сосудистой системы у онкологических пациентов или у людей, который перенесли рак и вылечились. Ведь сегодня установлено, что около половины летальных исходов у онкологических пациентов обусловлены кардиальными патологическими состояниями, – пояснил он. – Еще в 1999 году я и мои коллеги опубликовали исследование, где было показано: если у больного присутствует отрицательный результат нагрузочного тестирования, то такой пациент с ишемической болезнью сердца, перенесший инфаркт миокарда и имеющий стенокардию, может безопасно перенести серьезное хирургическое вмешательство, включая онкологические операции. Это очень важно, поскольку онкохирурги сегодня опасаются оперировать таких пациентов. Однако мы можем дать заключение о том, что такой пациент способен перенести операцию. Или, по крайней мере, мы можем оказать ему паллиативную помощь (как в случае с нашим вышеописанным пациентом)».

Далее профессор С.Т. Мацкеплишвили отметил другую область взаимодействия злокачественных новообразований с сердечно-сосудистой системой – саркопению сердечной мышцы. «Нам прекрасно известно, что пациенты с онкологическими заболеваниями худеют, ходят и дышат с трудом (из-за развития застойной пневмонии), поэтому часто беспричинная потеря веса является причиной начать онкологический поиск, и в некоторых случаях он заканчивается находкой онкологического заболевания. При саркопении сердечной мышцы у таких пациентов происходит истончение миокарда, снижение фракции выброса, в результате чего пациенты умирают от сердечной недостаточности, вызванной внесердечным раком, поскольку у них нет онкологического заболевания сердца», – констатировал он.

> «...»
>
> ***Не следует откладывать начало лечения пациента с онкологическим заболеванием, поскольку оно не ждет и быстро прогрессирует. Необходимо поддерживать пациента и принимать решения совместно с ним***

Симон Теймуразович остановился на характеристике препарата, в разработке которого участвовал он и его коллеги. «Это 5-HT-1A миметик+АКТА (анаболический/катаболический трансформирующий агонист), позволяющий уменьшить состояние слабости, улучшить аппетит, набрать массу тела, улучшить настроение пациента. Надеюсь, что в 2026 году начнутся клинические исследования этого препарата, который позволит улучшить общее соматическое состояние онкологических пациентов, включая состояние сердечно-сосудистой системы, расширить возможности хирургии либо специфической терапии (включая химиотерапию, таргетную или иммунотерапию)», – сказал он.

Затем докладчик остановился на классической сфере кардиоонкологии – кардиотоксичности. Он отметил, что при этом самым частым проявлением является поражение кардиомиоцитов и развитие сердечной недостаточности, а также классическая антрациклиновая кардиомиопатия, которая развивается при терапии антрациклиновыми антибиотиками. По словам профессора С.Т. Мацкеплишвили, такое состояние раньше считалось необратимым, но сегодня кардиологи смотрят на него немного иначе. «Следует отметить, что снижение фракции выброса может быть вызвано не только антрациклинами, но и многими другими препаратами: это и терапия, направленная на эпидермальный фактор роста 2 типа у пациенток с HER2-позитивным раком молочной железы, различные алкилирующие агенты (циклофосфан и т.д.). В качестве примера кардиотоксичности можно привести случаи тяжелой и острой сердечной недостаточности у пациенток с HER2-позитивным раком молочной железы, которым проводится терапия пембролизумабом и трастузумабом. К счастью, эта сердечная недостаточность обратима, однако назначение подобной терапии – повод для серьезного отношения к таким ситуациям», – пояснил он.

Также докладчик сообщил, что другим очень важным разделом кардиоонкологии является артериальная гипертензия (системная, тяжелая легочная), которая также развивается в результате терапии некоторыми препаратами.

Не менее важной темой является ишемия, связанная с применением базового химиопрепарата 5-фторурацила: им лечат пациентов, болеющих самыми различными онкозаболеваниями. При этом около 80% больных с исходными нормальными коронарными артериями имеют эпизоды тяжелого спазма коронарных артерий, вплоть до развития инфаркта миокарда на фоне приема этого препарата. «У нас есть прекрасный способ предотвращать коронарные спазмы назначением простых препаратов – антагонистов кальция. В результате пациенты не страдают стенокардией и у них не развиваются инфаркты миокарда, – отметил профессор С.Т. Мацкеплишвили. – Также проблемы (к примеру, тяжелый стеноз и кальциноз коронарных артерий, перикардит) могут возникнуть на фоне приема препаратов платины, применения радиации (особенно на левой половине тела). Поэтому сегодня следует выбирать особые режимы облучения либо фокусированное облучение (гамма-нож, кибер-нож, протонно-андронную терапию)».

Другим очень важным разделом кардиоонкологии докладчик назвал аритмию, которая возникает после применения противоопухолевой терапии паклитакселом, ингибиторами микротрубочек. «В этом случае могут возникать как простые аритмии (экстрасистолия, фибрилляция предсердий), так и значительное удлинение интервала QT и жизнеугрожающие ситуации (тахикардия, фибрилляция желудочков), – подчеркнул докладчик. – Есть немало пациентов с высоким риском развития аритмий (в основном это пациенты с исходными нарушениями сердечно-сосудистой системы): их также можно выявлять и предотвращать развитие у них тяжелых аритмий».

О раке и тромбозе профессор С.Т. Мацкеплишвили сказал следующее: «Как отмечал академик Е.И. Чазов, «...если вдруг у молодого человека вы обнаруживаете тромбофлебит в венах нижних конечностей, то ищите у него рак, и, возможно, вы его найдете». То есть такие спонтанные тромбозы за несколько лет могут предшествовать развитию онкологического заболевания. Поэтому в рекомендациях, посвященных профилактике и лечению пациентов с тромбоэмболическими осложнениями и онкологическими заболеваниями, упоминаются современные прямые антикоагулянты, которые позволяют решить эту проблему».

Резюмируя сказанное, Симон Теймуразович еще раз напомнил об основных принципах решения проблемы, связанной с кардиологическими последствиями лечения онкологических пациентов: «Не следует откладывать начало лечения пациента с онкологическим заболеванием, поскольку оно не ждет и быстро прогрессирует. Необходимо поддерживать пациента и принимать решения совместно с ним. Важно уметь прогнозировать и предотвращать риски, а также помнить о междисциплинарном взаимодействии врачей, фармакологов, психологов, биологов и других специалистов».

Расстройства мочеиспускания у мужчин и сексуальная жизнь: возможности и ожидания от терапии

В рамках XIX Конгресса «Мужское здоровье» профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., врач-уролог **Леонид Григорьевич Спивак** рассказал о возможностях поддержания сексуальной жизни мужчин с расстройствами мочеиспускания (синоним – симптомы нарушения функций нижних мочевыводящих путей – СНМП).

«Даже когда пациент приходит к урологу, к примеру, с нарушениями мочеиспускания или доброкачественной гиперплазией предстательной железы, врач не может изолированно подходить к выбору лекарственных препаратов для терапии, обращая внимание исключительно на эти симптомы. Ведь, помимо них, у пациента существует целый список препаратов, которые он принимает по поводу различных проблем со здоровьем, в частности при высоком артериальном давлении или ишемической болезни сердца. Также у больного есть и определенные ожидания. Все это необходимо учитывать», – отметил он.

Далее профессор Л.Г. Спивак привел результаты отечественного эпидемиологического исследования, проведенного под эгидой академика Д.Ю. Пушкаря, где была отмечена зависимость роста СНМП от возраста мужчин: по данным этой работы умеренно-тяжелые симптомы нарушений мочеиспускания возникают у 45% мужчин уже в возрасте старше 50 лет, а у 8% симптоматика расценивается как тяжелая. В другом исследовании, приведенном докладчиком (также проведенном под эгидой академика Д.Ю. Пушкаря), оценивалась распространенность случаев эректильной дисфункции (ЭД) в России: самым благоприятным регионом по оценкам экспертом является Сибирь (6,5%), а неблагоприятным – Урал (23,8%). При этом эректильную функцию мужчины расценивали как ключевой индикатор качества своей жизни.

«Оценив причины заболевания и факторы риска его прогрессирования, необходимо применить индивидуальный подход к пациенту: провести дифференциацию в зависимости от степени риска и выбрать наиболее подходящее средство, – подчеркнул профессор Л.Г. Спивак. – Пациенты всегда хотят получить от терапии улучшение качества жизни за счет устранения симптомов болезни, но боятся нежелательных реакций – боли, недержания мочи, сексуальной дисфункции. Поскольку лекарственное лечение пациентов с СНМП необходимо проводить в течение длительного времени, важно учитывать возможные нежелательные реакции такой терапии – нарушение эякуляции, головокружение, постуральную гипотензию, ЭД, снижение либидо. Многие пожилые пациенты все еще ведут половую жизнь, и расстройства сексуальной функции должны учитываться при выборе лечения. При этом ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) играют определенную роль в уменьшении или минимизации нежелательных реакций в отношении половой функции».

Говоря о предпочтениях пациентов в лечении, докладчик отметил, что подавляющее большинство (63%) опрошенных в ходе одного из исследований мужчин желают динамически наблюдаться. Только после такого наблюдения они, возможно, будут готовы к лекарственной терапии и лишь в случае крайней необходимости – к оперативному лечению. Лишь малая доля пациентов готова поменять местами наблюдение и лечение, поставив на первое место лекарственную терапию или операцию.

Какие последствия могут быть у такого выбора? Отвечая на этот вопрос, профессор Л.Г. Спивак сказал: «Исследование с участием 58 тысяч мужчин старше 66 лет, которым была выполнена трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) и которые наблюдались в течение 5 лет после операции, показало, что уже 3 месяца спустя после ТУРП 27% пациентов получали α_1-адреноблокаторы, 20% – ингибиторы 5α-редуктазы, 15% – М-холинолитики или β3-адреномиметики. Основные предпосылки по приему лекарств после операции – возраст старше 75 лет и сопутствующие заболевания (в первую очередь – сахарный диабет)».

Что касается ожиданий от терапии, то, по словам докладчика, пациенты предпочитают менее эффективную терапию, но с меньшим количеством побочных эффектов (особенно со стороны сексуальной функции), а также желают избежать оперативного лечения и острой задержки мочеиспускания. 77–93% пациентов предпочитают терапию, не влияющую на сексуальную функцию. 68–85% предпочитают снижение риска хирургического вмешательства быстрому улучшению.

В качестве терапии, которая отвечает вышеназванным ожиданиям и предпочтениям пациентов, профессор Л.Г. Спивак представил прием экстракта плодов *Serenoa repens*, патогенетическое действие которого обусловлено антиандрогенным, спазмолитическим, антипролиферативным, противовоспалительным эффектами. «Именно контроль воспаления имеет огромное значение. В одном из современных исследований (экстракция мРНК из десквамированных клеток эпителия ПЖ и количественный анализ мРНК 29 наиболее значимых маркеров воспаления при ДГПЖ) *Serenoa repens* продемонстрировал благоприятное суммарное противовоспалительное действие на 73,3% биомаркеров, – подчеркнул он. – Еще раз следует напомнить, что воспаление в простате необходимо учитывать, так как оно является важнейшим фактором риска прогрессирования ДГПЖ».

Леонид Григорьевич сообщил, что клинические исследования по поводу терапии *Serenoa repens*, которые проводились им и его коллегами, показали, что такое лечение является абсолютно безопасным. При этом такую терапию можно проводить длительно, и она является патогенетически обоснованной.

«В рекомендациях Европейской ассоциации урологов, которые ежегодно обновляются, уже 3 года не меняется назначение гексанового экстракта плодов *Serenoa repens* (препарат Пермиксон, Permixon® – оригинальный препарат французской компании «Пьер Фабр») в подразделе «Фитотерапия», – сказал он. – Данный препарат рекомендуется пациентам, желающим избежать побочных эффектов, относящихся к нарушениям сексуальной функции, поскольку экстракт плодов *Serenoa repens* эту функцию не ухудшает, а сохраняет. В тех же рекомендациях сказано о возможности комбинировать терапию гексановым экстрактом плодов *Serenoa repens* (Пермиксон) с α_1-адреноблокаторами: причем, данная комбинация является более эффективной по сравнению с монотерапией α_1-адреноблокаторами. Данная разработка компании «Пьер Фабр» имеет сертифицированный процесс ответственного производства. Помимо зарубежных клинических исследований, российские урологи имеют собственный богатый опыт (более 40 лет) использования гексанового экстракта плодов *Serenoa repens*, который показал высокий профиль безопасности такой фитотерапии».

Профессор напомнил, что у растительных экстрактов не существует дженериков, а само экстрагирование может производиться различными методами. Поэтому важно оценивать содержание различных экстрактов *Serenoa repens* по количеству биологически активных веществ (соединений) в них. «Самая высокая концентрация свободных жирных кислот (в одном из исследований проводилось сравнение концентрации различных экстрактов *Serenoa repens* среди 14 брендов) представлена в препарате Пермиксон», – подчеркнул он. – В клинических исследованиях, где сравнивалась эффективность препарата Пермиксон с α_1-адреноблокаторами, было показано, что применение первого и второго в качестве монотерапии одинаково сказалось на выраженности симптоматики у пациентов по шкале IPSS, а также по качеству жизни и удовлетворенности пациентов лечением. При этом динамика качества жизни пациентов принимающих α_1-адреноблокатор или фитотерапию также менялась почти одинаково, но немного в лучшей степени – на фоне применения фитотерапии. Улучшение глобального состояния было отмечено и самими пациентами, и их лечащими врачами. Кстати, на микрофотограммах, сделанных до лечения препаратом Пермиксон и после него, очевидно, что степень агрессивности воспаления у пациентов оценивалась практически как «нулевая» после лечения, по сравнению со 2-й степенью в начале терапии. Это наглядная и четкая демонстрация того, насколько гексановый экстракт *Serenoa repens* влияет на воспаление в ПЖ».

«Несмотря на то, что этот экстракт мы используем в урологии уже более 40 лет, в современных серьезных изданиях не прекращаются публикации об исследованиях по поводу гексанового экстракта *Serenoa repens*. В заключении экспертов мирового уровня (в том числе – доктора Кертиса Никеля) одного из американских исследований, которое было опубликовано в 2022 году, гексановый экстракт *Serenoa repens* рекомендован в качестве терапии пациентов с умеренными нарушениями мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ. Поэтому и российским урологам стоит помнить о фитопрепарате, применяемом уже более 40 лет, который имеет высокий профиль переносимости и эффективность в лечении ДГПЖ с позиции доказательной базы», – резюмировал докладчик.

Современный подход к лечению пациентов с ноктурией и никтурией

О современном подходе к лечению пациентов с ноктурией и никтурией проведения XIX Конгресса «Мужское здоровье» рассказал врач-уролог, андролог, репродуктолог МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, к.м.н. **Дмитрий Александрович Охоботов**.

Он напомнил, что с возрастом в мужском организме происходят определенные гормональные изменения: снижается уровень тестостерона и мелатонина, повышается уровень альдостерона, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, глобулина, связывающего половые гормоны. Также докладчик подчеркнул, что изменение уровня вазопрессина (AVP, который является водосберегающим гормоном, контролирующим водный баланс в организме) также может являться причиной ноктурии. При этом стоит помнить, что циркадный ритм с преобладанием дневного диуреза обычно устанавливается в возрасте 5 лет с суточным ритмом и пиком в ночное время. У пожилых людей ритм вазопрессина нарушен или ослаблен, при этом уровень AVP в плазме крови у них в два раза выше, чем у пожилых женщин. У пациентов с ночной полиурией гендерной разницы в концентрациях AVP нет. Возрастные изменения глубины и продолжительности сна, возрастные изменения циркадных ритмов, связанных с балансом жидкости, электролитов и выработкой мочи, являются недооцененной причиной никтурии. Низкие концентрации вазопрессина способны провоцировать повышение периферического сопротивления сосудов и дополнительную задержку жидкости, которая может выводиться в ночные часы.

«При этом в системе РААС (ренин-ангиотензин-альдостероновая система) возрастные данные по гормонам альдостерону и кортизолу являются весьма противоречивыми, – отметил доктор Д.А. Охоботов. – В частности, у женщин зарегистрирована достоверно более высокая концентрация альдостерона, чем у мужчин, также у женщин обнаружена отрицательная связь между концентрациями альдостерона и уровнями эстрадиола, а также положительная связь между концентрациями альдостерона и ренином плазмы. У женщин установлена корреляция между концентрациями женских половых гормонов, альдостероном и показателями почечного кровотока, скоростью клубочковой фильтрации, индексом массы миокарда левого желудочка. У мужчин данных корреляций не установлено. У больных артериальной гипертензией (АГ) выявлены гендерные различия состояния РААС с более высокой концентрацией альдостерона у женщин в постменопаузе. Также у женщин с АГ выявлена взаимосвязь между ренином плазмы, уровнем альдостерона, половыми гормонами и показателями почечной гемодинамики».

Далее докладчик обратил внимание коллег на предсердный натрийуретический пептид (ANP), который вызывает выведение натрия почками и подавляет высвобождение AVP, снижает активность ренина в плазме, синтез ангиотензина II, секрецию альдостерона и может влиять на появление никтурии. У пациентов с апноэ во сне повышение количества случаев апноэ коррелирует с повышенной секрецией ANP в ночное время, и, в свою очередь повышенная секреция ANP в ночное время ассоциируется с ночной поллиурией и никтурией. Синдром обструктивного апноэ во сне может быть связан с повышенной почечной секрецией натрия и воды, опосредованной уровнями ANP в плазме. При изучении синдрома обструктивного апноэ во сне исследовалось его влияние различной степени тяжести (от умеренной до тяжелой) на уровни ANP в плазме, которые на фоне CPAP-терапии (способ лечения синдрома обструктивного апноэ, заключающийся в создании постоянного положительного давления в дыхательных путях и поддержании их проходимости во время сна) значительно изменили уровень ANP. При исследовании возрастного снижения суточных колебаний секреции вазопрессина в плазме не было обнаружено никакой корреляции между ночной полиурией и уровнем ANP.

Доктор Д.А. Охоботов сообщил о том, что синдром обструктивного апноэ во сне способствует ноктурии за счет гипоксии, а также фрагментации сна, которые могут привести к лишним пробуждениям и решениям о мочеиспускании. Обструктивное апноэ во сне вызывает ночную полиурию за счет увеличение циркулирующих уровней гормона ANP, что, в свою очередь, приводит к подавлению уровня вазопрессина и системы РААС. Обструктивное апноэ во сне тесно связано с гиперактивностью мочевого пузыря, что, в свою очередь, связано с никтурией. У лиц, страдающих ночной полиурией, риск развития обструктивного апноэ во сне значительно выше, чем у лиц, где апноэ сочетается с другими заболеваниями.

Затем докладчик подробно рассказал о периферических механизмах формирования ноктурии: «Один из таких механизмов – пролапс тазовых органов. В частности, пролапс мочевого пузыря который может произойти после травм мышц таза, а также в менопаузе, когда мочевой пузырь женщины плохо поддерживается тазовыми мышцами и связками, в результате чего он опускается к стенке влагалища и служит источником постоянного раздражения. Поэтому пациентки даже с незначительным выпадением мочевого пузыря жалуются на ноктурию. Выпадение мочевого пузыря является одной из ведущих причин ноктурии у детей. У женщин при пролапсе тазовых органов ноктурия может возникать за счет напряжения мышц влагалища, которое способно провоцировать усиление активности детрузора мочевого пузыря при нахождении в горизонтальном положении. При этом позыв на мочеиспускание возникает даже не при полном мочевом пузыре. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одной из причин возникновения ноктурии у мужчин, которая вызвана преобладанием железистого компонента в структуре аденоматозной ткани, отеком и варикозным расширением вен в шейке мочевого пузыря, наличием остаточной мочи и ощущением повышенного дискомфорта в проекции мочевого пузыря, а также нарушенным мочеиспусканием за счет сужения мочеиспускательного канала по той или иной причине». Также к периферическим механизмам формирования ноктурии докладчик причислил тревогу и депрессию, инфекции и дисбактериозы мочеполовых органов, отеки, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, гиперактивный мочевой пузырь, опухоли мочевого пузыря и уретры, сахарный и несахарный диабет, тиреотокситоз.

> «...»
>
> ***У некоторых пациентов для избавления от одного симптома необходимо комбинировать несколько методов лечения. Иногда бывает невозможно полностью вылечить пациента с никтурией, поскольку его состояние может быть устойчивым***

Говоря о принципах терапии пациентов с ноктурией, доктор Д.А. Охоботов сообщил следующее: «У некоторых пациентов для избавления от одного симптома необходимо комбинировать несколько методов лечения. Иногда бывает невозможно полностью вылечить пациента с никтурией, поскольку его состояние может быть устойчивым. Пациенты должны быть проинформированы о предстоящем лечении и его целях, которые состоят в уменьшении эпизодов никтурии, повышении качества жизни, увеличении общего времени сна и уменьшении симптомов сопутствующих заболеваний. Для лечения пациентов с никтурией используются поведенческая терапия, назначение α_1-адреноблокаторов, ингибиторов 5α-редуктазы, антимускариновых средств, ингибиторов обратного захвата серотонина, диуретики и комбинация этих методов терапии. Дополнительно могут быть использованы физиотерапевтические методы и некоторые БАДы. Чтобы остановить ноктурию и нарушения сна при тревожно-депрессивных расстройствах пациентам рекомендуется расслабиться перед сном с помощью дыхательных упражнений, стараться избегать вечернего сна, ночных приемов пищи и напитков с кофеином в вечернее время».

По словам докладчика, исследования показали, что у мужчин с ДГПЖ и никтурией при использовании комбинации α_1-адреноблокатора с ингибитором фосфодиэстеразы 5 типа было отмечено значительное улучшение показателей по опроснику IPSS. Антидиуретическая терапия десмопрессином позволила уменьшить количество эпизодов никтурии у пациентов более, чем на 50%, при этом женщины имели более высокую чувствительной к такой терапии, а мужчинам приходилось назначать более высокие дозы для достижения того же эффекта. Однако такая терапия должна проходить под контролем натрия в сыворотке крови, а при появлении отеков должна быть прекращена. «Что касается терапии диуретиками, то она имеет весьма противоречивые последствия, так как может как провоцировать, так и уменьшать никтурию. Исследования показывают, что назначение 40 мг фуросемида за 6 часов до сна снижали частоту никтурии без уменьшения объема ночного мочеиспускания. Также был подтвержден эффект комбинации фуросемида с буметанидом», – резюмировал Дмитрий Александрович.

Возможности консервативного лечения пациентов с недержанием мочи

Научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, врач-уролог, к.м.н. **Ольга Юрьевна Нестерова** на XIX Конгрессе «Мужское здоровье» рассказала о возможностях терапии пациентов с недержанием мочи, которое возникает после операций на предстательной железе.

Говоря о рекомендованных методах для пациентов с недержанием мочи, докладчик упомянула тренировку мышц тазового дна, однако отметила, что при этом не существует единых протоколов выполнения этой процедуры (должна ли она выполняться с помощью физиотерапевта, необходима ли терапия с биологически обратной связью (БОС) или самостоятельная тренировка?). «При этом в исследованиях отмечается, что если мужчины начинают тренировку мышц тазового дна до выполнения радикальной простатэктомии, то мочеиспускание у них восстанавливается быстрее, чем у мужчин, начинающих выполнять упражнения после операции (при контрольной точке 3 месяца), в то время как через 12 месяцев эти различия нивелируются», – пояснила она.

Также Ольга Юрьевна привела примеры возможностей электрической стимуляции мышц тазового дна. «В этом случае мужчины покупают прибор для трансректальной тренировки самостоятельно и также самостоятельно выбирают программу тренировки, каждая из которых соответствует определенному типу недержания мочи – стрессовому, ургентному, смешанному. Принцип действия прибора заключается в активации двигательных волокон полового нерва, что приводит к активному сокращению мускулатуры. Такая стимуляция может применяться, в том числе, при гиперактивности детрузора и при ургентном недержании мочи (неудержание мочи). Также надо отметить, что накожная стимуляция на перианальной области требует специальных перианальных электродов и соответствующего аппарата. Стимуляция может применяться после операций на предстательной железе, но при исключении различных аспектов воспаления, при стерильных бактериологических анализах мочи, отсутствии лейкоцитурии», – объяснила она.

Далее доктор О.Ю. Нестерова сообщила об опыте консервативной терапии у пациента со стрессовым недержанием мочи, проходившего лечение в клинике МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова. При этом она привела ряд исследований, где консервативная терапия успешно проводилась и была рекомендована пациентам перед хирургическим вмешательством. В приведенном докладчиком примере пациент 61 года обратился к урологу с жалобами на недержание мочи при переходе в вертикальное положение, кашле, чихании. Ранее ему была выполнена лазерная энуклеация гиперплазии простаты (уретральный катетер был удален на 2-е сутки после операции). Недержание мочи возникло в послеоперационном периоде. При самостоятельной тренировке мышц тазового дна пациент отмечал незначительное улучшение своего состояния. Мужчине было выполнено комплексное уродинамическое исследование.

«При выполнении урофлоуметрии мы отметили выраженную сфинктерную недостаточность, – сообщила доктор О.Ю. Нестерова. – Поэтому в дальнейшем пациенту было предложено выполнение операции, от которой он отказался. Далее мужчине было предложено консервативное лечение: самостоятельная тренировка мышц тазового дна, БОС-терапия 3 раза в неделю под контролем физиотерапевта, самостоятельная трансректальная электростимуляция мышц тазового дна с помощью прибора, дулоксетин 60 мг 1 раз в сутки в течение месяца». Докладчик подчеркнула, что дулоксетин обладает высокой эффективностью при стрессовом недержании мочи у пациентов после радикальной простатэктомии и после трансуретральной резекции простаты.

Через 3 месяца после лечения пациенту была выполнена урофлоуметрия. В процессе выполнения исследования все еще отмечалась сфинктерная недостаточность, однако максимальное внутриуретральное давление было на уровне 40 мм вод. ст., по сравнению с 15–20 мм вод. ст., которое регистрировалось при обращении пациента в клинику. Клинически у пациента действительно наблюдалось улучшение, значительно уменьшилось количество эпизодов недержания мочи при переходе в вертикальное положение, кашле, чихании. Также пациент отмечал дни, когда он вообще не испытывал этих эпизодов», – подвела итог доктор О.Ю. Нестерова.

ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ[2,3]:

- **Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини**
- **Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии**
- **1 капсула в сутки[2]**

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

1. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2022 N 4173-р «О внесении изменений в перечни лекарственных средств». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® (ОХЛП) от 23.11.2022. **3.** Akin Y. et al. //International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp 45-51. **4.** Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекартственные препараты, включенные в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 03.02.2023) (Электронный ресурс) – URL: http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx (дата обращения 06.02.2023).

Показания к применению: препарат Профлосин показан к применению у взрослых мужчин. Лечение дизурических расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). **Противопоказания:** гиперчувствительность к тамсулозину (в том числе, наличие лекарственного ангионевротического отека в анамнезе) или к любому из вспомогательных веществ (целлюлоза микрокристаллическая (тип 101), метакриловой кислоты и этилакрилата сополимер (1:1), тальк, триэтилцитрат; краситель железа оксид красный (Е 172), титана диоксид (Е 171), краситель железа оксид желтый (Е 172), желатин, индигокармин (Е 132), краситель железа оксид черный (Е 172)); ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе); печеночная недостаточность тяжелой степени; возраст до 18 лет. **Режим дозирования и способ применения:** по 1 капсуле (0,4 мг) 1 раз в сутки. Учитывая прогрессирующий характер заболевания, симптоматическая терапия может проводиться длительно. Длительность лечения определяет врач. Внутрь, после завтрака или первого приема пищи. Капсулу следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать, так как это может повлиять на скорость высвобождения действующего вещества. **Нежелательные реакции:** нежелательные реакции, возможные на фоне терапии тамсулозином, распределены по системно-органным классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: часто (от ≥1/100 до <1/10), нечасто (от ≥1/1000 до <1/100), редко (от ≥1/10000 до <1/1000), очень редко (<1/10000), частота неизвестна (невозможно определить на основании имеющихся данных). *Нарушения со стороны нервной системы:* часто: головокружение; нечасто: головная боль; редко: обморочные состояния. *Нарушения со стороны органа зрения:* частота неизвестна: нечеткость зрения, нарушения зрения. *Нарушения со стороны сердца:* нечасто: «ощущение сердцебиения». *Нарушения со стороны сосудов:* нечасто: ортостатическая гипотензия. *Нарушения со стороны дыхательной системы, грудной клетки и органов средостения:* нечасто: ринит; частота неизвестна: эпистаксис (носовое кровотечение). *Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:* нечасто: запор, диарея, тошнота, рвота; частота неизвестна: сухость во рту. *Нарушения со стороны половых органов и грудной железы:* часто: нарушения эякуляции, ретроградная эякуляция, анэякуляция. очень редко: приапизм. *Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:* нечасто: кожная сыпь, кожный зуд, крапивница; редко: ангионевротический отек; очень редко: синдром Стивенса-Джонсона; частота неизвестна: многоформная эритема, эксфолиативный дерматит. *Общие нарушения:* нечасто: астения. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® от 23.11.2022.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
RU-PROF-02-2023-v01-print. Дата утверждения материала: 14.02.2023

РЕКЛАМА

Место биопсии яичка в решении сложных проблем мужской репродукции

Заведующий отделением андрологии и урологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, д.м.н., профессор **Сафар Исраилович Гамидов** напомнил, что тяжелые формы нарушения мужской репродукции обусловлены выраженным поражением сперматогенеза и проявляются резким снижением репродуктивного потенциала мужчин, в том числе при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Стоит ли считать азооспермию тяжелой формой мужского бесплодия? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал: «И да, и нет. С одной стороны, азооспермия является абсолютным барьером для естественной беременности партнерши. До сих пор мужчины с азооспермией имели лишь небольшие шансы, чтобы стать генетическим отцом ребенка. С другой стороны, в последние годы применение микрохирургической технологии и возможностей ВРТ позволили многим мужчинам с азооспермией иметь ребенка, и частота беременностей партнерш таких мужчин реально отражает результаты достижений современной репродуктологии. Поэтому шансы наступления естественной беременности у партнерши мужчины с азооспермией действительно есть».

Далее профессор С.И. Гамидов пояснил, что азооспермия может быть обструктивной (20–40% случаев, которые могут возникнуть после механических повреждений, после выполненной вазэктомии, могут быть врожденными или постинфекционными), при которой есть сохранность сперматогенеза, или необструктивной (60–80% случаев, возникающих в результате крипторхизма, воздействия радиации, химиотерапии, из-за травмы, орхита, генетических проблем, варикоцеле), когда сперматогенез снижен или отсутствует. При этом тактика ведения пациента с азооспермией, по словам докладчика, должна складываться следующим образом: при обструктивной проблеме требуется восстановление проходимости семявыводящих путей, после чего в случае необходимости – получение сперматозоидов хирургическими методами для выполнения программы ВРТ; при необструктивной – гормональная терапия, после которой при необходимости – получение сперматозоидов хирургическими методами для выполнения программы ВРТ.

Докладчик подробно остановился на тактике лечения пациента с обструктивной азооспермией: «Основным методом лечения является восстановление проходимости семявыводящих путей или устранение анатомического фактора, вызывающего обструкцию. Методы хирургического получения сперматозоидов с последующей интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ИКСИ) также являются приемлемым способом лечения пациентов с обструктивной азооспермий. Выбор тактики должен определяться индивидуальными факторами и предпочтениями пары. Кроме того, необходимо учитывать стоимость процедур с применением ВРТ и микрохирургии, их возможные осложнения, а также исходную фертильность обоих партнеров. Одним из методов может стать микрохирургическая вазовазостомия методом Гольштейна: маркировка культи протока в 6 парах точек для облегчения аностомоза. Данный метод позволяет восстановить проходимость в 85–98% случаев (частота наступления беременности – 38–84% случаев). Без использования операционного микроскопа эффективность вазовазостомии доказана лишь в 38% случаев. Ричард Бергер внедрил технику триангуляции при вазоэпидидимоанастомозе с использованием трех нитей и атравматических игл на обоих концах для того, чтобы инвагинировать вскрытый каналец в просвет культи семявыносящего потока (эффективность 92%). Данная методика была упрощена Джоэлем Мармаром, который использовал лишь два шва для сопоставления просветов (эффективность 77,7%). Частота проходимости семенных путей после выполнения вазоэпидидимоанастомоза ниже, чем при формировании вазовазоанастомоза, и составляет 70–90%, а частота наступления беременности у партнерши – 32–56%. Однако, по сравнению с ВРТ, более экономичным методом является хирургическая реконструкция, поэтому сначала следует предпринять возможность хирургии».

Профессор С.И. Гамидов привел исследования, где оценивалась эффективность выполнения трансуретральной резекции (ТУР) семенного бугорка: обзор 57 публикаций показал, что частота наступления беременности естественным путем после ТУР семявыбрасывающих протоков составляет 12,5–31%, а улучшение показателей спермограммы отмечается у 59–94% пациентов. У 65% пациентов с обструктивной азооспермией появились сперматозоиды в эякуляте, и у 38% показатели спермограммы полностью пришли в норму. ТУР семявыбрасывающих протоков применима не только при обструктивной азооспермии, но и при олигоазооспермии. Эффективность данной процедуры при парциальной обструкции выше, чем при полной. Также докладчик рассказал о тактике ведения пациента с обструктивной азооспермией в НМИЦ имени академика В.И. Кулакова: сначала проводится беседа с пациентом и оформляется его согласие на хирургическую реконструкцию при возможности ее выполнения. Затем проводится оценка состояния придатков и MESA-забор сперматозоидов (микрохирургическая аспирация эпидидимальной спермы) из наиболее сохранных канальцев придатка яичка, после чего выполняется тестикулярная экстракция сперматозоида (TESE) с одной стороны и вазовазо- или вазоэпидидимоанастомоз.

Сафар Исраилович назвал ключи к успеху при реконструкции семявыносящих путей: точное сближение слизистой к слизистой, герметичный анастомоз, анастомоз без натяжения, хорошее кровоснабжение, здоровый мышечный и слизистый слой, хорошая атравматичная техника анастомозирования. Успех вазэктомии также зависит от сроков выполнения, соблюдения всех принципов реконструктивно-генитальной хирургии и послеоперационного ведения пациента, профилактики послеоперационных рубцов.

Далее он рассказал о лечении мужчин с бесплодием и гипогонадотропной патозооспермией препаратами хорионического гонадотропина (ХГЧ): «При длительной (от 12 до 24 месяцев) терапии препаратами ХГЧ при нормальных размерах яичек увеличение концентрации сперматозоидов было отмечено у 71% мужчин. Увеличение количества сперматозоидов у пациентов с уменьшенными размерами яичек отмечено в 36% случаев. Терапия препаратами ХГЧ в течение 26 месяцев показала частоту наступления беременности у партнерш в 56,3% случаев. «Вероятность индукции сперматогенеза у пациентов с врожденными формами гипогонадотропного гипогонадизма на фоне монотерапии препаратами ХГЧ составила 61–70% по результатам исследований, а при использовании комбинированной терапии ХГЧ+ФСГ (препарат фолликулостимулирующего гормона) – 75–94%. после индукции сперматогенеза с помощью комбинированной терапии концентрацию сперматозоидов можно успешно поддерживать в течение года с помощью монотерапии ХГЧ. В 10% случаев состояние пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом (врожденным или приобретенным) спонтанно разрешается после прекращения лечения. Факторы риска неудачи лечения включают крипторхизм и маленький объем яичек (менее 4 см^2)», – подчеркнул докладчик.

По поводу прогностических факторов эффективности биопсии яичка у пациента с необструктивной азооспермией профессор С.И. Гамидов сообщил следующее: «Шансы нахождения сперматозоидов у больного необструктивной азооспермией зависят от количества очагов сперматогенеза в яичках. Прогностические факторы показывают снижение репродуктивной функции в целом, но не позволяют судить об очаговом сперматогенезе в яичках. При отборе пациентов (особенно при повторных биопсиях) необходимо осуществлять комплексный подход с учетом этиологии и прогностических факторов. Также необходимо учитывать, была ли раньше биопсия яичка и какой характер носила первичная биопсия – диагностический или лечебный. Важно учитывать – что является поводом для повторной биопсии. Кроме того, необходимо провести критический анализ результатов гистологического исследования ткани яичка после первой биопсии».

Завершая свой доклад, профессор С.И. Гамидов сообщил, когда не стоит торопиться с биопсией яичка: «Когда не установлена форма азооспермии, у мужчин с азооспермией и гипогонадизмом, в первой линии у мужчин с азооспермией и ретроградной эякуляцией, без предварительной генетической консультации и тестирования, когда нет возможности оценки эмбриологом, если нет возможности для криоконсервации, когда планируется биопсия одного яичка, пока не прошло достаточно времени после первой биопсии (менее 6 месяцев), пока не рассмотрены методы хирургической коррекции у больных обструктивной азооспермией».

«...»

В последние годы применение микрохирургической технологии и возможностей ВРТ позволили многим мужчинам с азооспермией иметь ребенка, и частота беременностей партнерш таких мужчин реально отражает результаты достижений современной репродуктологии

Комплексная профилактика у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних мочевыводящих путей

Профессор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, руководитель отдела научных исследований ассоциации содействия развития урологии «Новая национальная медицинская инициатива», врач-уролог, д.м.н. **Любовь Алексеевна Ходырева** рассказала в рамках проведения XIX Конгресса «Мужское здоровье» о новых методах профилактики у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних мочевыводящих путей (ИМП).

Докладчик напомнила, что в эпоху резистентности к антибактериальным препаратам, шагающей по планете семимильными шагами, необходимо думать о профилактике, которая должна быть комплексной и патогенетически обоснованной, а сами мероприятия должны иметь серьезную доказательную базу.

Далее профессор Л.А. Ходырева привела данные из исследования Европейского регионального бюро ВОЗ, в соответствии с которыми в 2019 году 1,2 млн человек погибли по причине того, что им назначили антибактериальное лечение без показаний. «Бесконтрольное применение антибиотиков и резистентность микрофлоры к антибактериальным препаратам увеличит смертность до 10 млн человек в год к 2050 году. В 2020 году 79–96% людей принимали антибиотики для профилактики инфекций. В российских аптеках по итогам 9 месяцев 2020 года продажи антибактериальных препаратов увеличились на 15%. Около 60% россиян предпочитают не посетить врача, когда заболевают, а сами подбирают себе препараты. 80% антибиотиков сейчас продают без рецепта, и усугубила ситуацию незаконная реализация рецептурных препаратов через интернет», – подчеркнула докладчик.

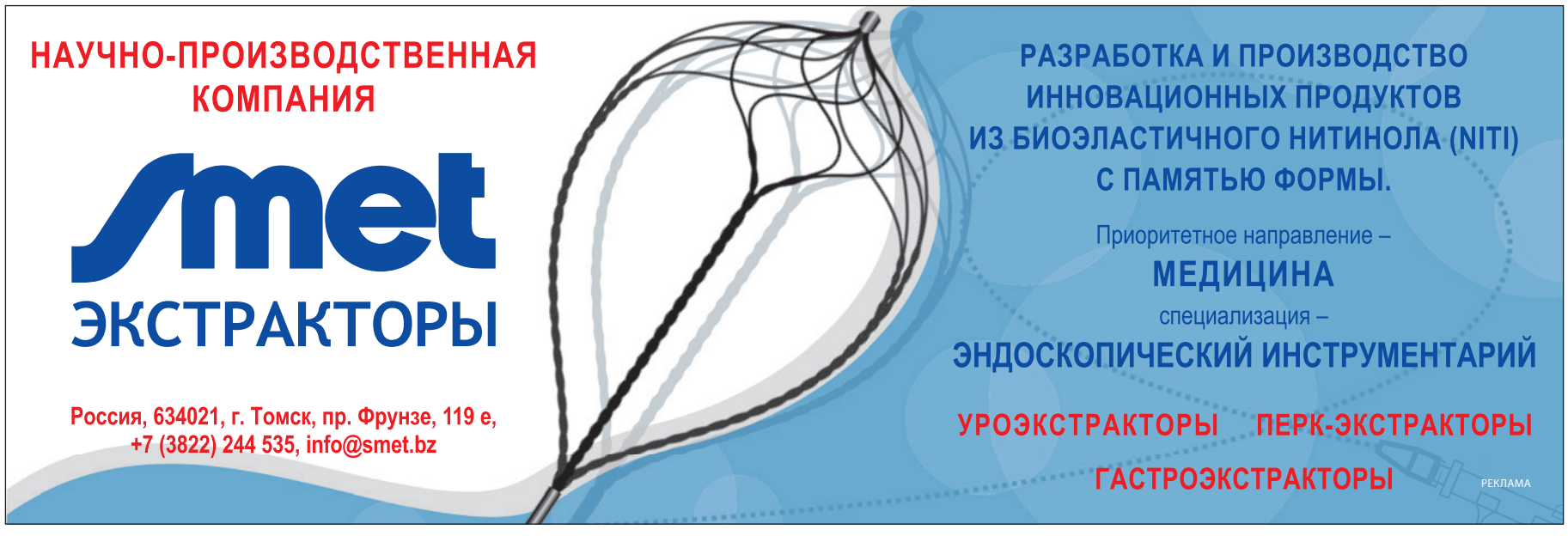
Она также добавила, что в 2018 году были опубликованы все данные исследований по возбудителям инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и их чувствительности к антибактериальным препаратам. Эти данные показали, что чувствительность с каждым годом снижается, а резистентность повышается, причем, она увеличивается во всех группах пациентов, имеющих инфекцию — продуцента β-лактамаз расширенного спектра действия. При этом она напомнила, что некоторые микроорганизмы, к примеру, кишечная палочка *(E. coli)* и клебсиелла *(Klebsiella)*, вырабатывают фермент, называемый β-лактамазой расширенного спектра, и этот фермент делает микроорганизмы более стойкими к антибактериальным препаратам.

«В этом году мы ожидаем результаты исследования ДАРМИС III, стартовавшего в феврале 2023 года. А пока весь мир обеспокоен глобальной резистентностью микроорганизмов к антибактериальным препаратам. В связи с этим еще в 2016 году ВОЗ выпустила крупный научный доклад, отражающий план действий по борьбе с устойчивостью микроорганизмов к противомикробным препаратам. Годом позже Россия издала распоряжение-стратегию по предупреждению и росту резистентности к антибактериальным препаратам до 2030 года. Однако коронавирусная инфекция, захватившая мир в 2020 году, внесла свои корректировки в эту стратегию. В 2020 году произошел всплеск научной деятельности, которая была посвящена изучению инфекций, а также их лечению и профилактике у пациентов. Инфекции мочеполового тракта не стали исключением: благодаря изучению микробиома и связанной с его сохранением профилактике, возникли новая парадигма и новый взгляд на течение инфекционного процесса в мочевыводящих путях», – сказала докладчик.

Она отметила, что факторами риска ИМП у мужчин могут быть инфравезикальная обструкция, инструментальные вмешательства, установка постоянных катетеров, аномалии развития мочеполовых органов, неврологические состояния, травмы позвоночника, когнитивные нарушения, недержание мочи и кала. Упоминая о профилактических мероприятиях, докладчик подробно остановилась на свойствах фитопрепаратов, отметив среди преимуществ их низкую токсичность при достаточно высокой эффективности, широкий спектр терапевтического действия, комплексный органопротекторный эффект, минимальное количество побочных эффектов, относительную дешевизну по сравнению с синтетическими препаратами. Среди недостатков были названы сложность установления дозы (и отмечено, что неправильная дозировка и самолечение могут нанести тяжелый вред здоровью), невозможность применения при всех заболеваниях, а только выборочно.

Профессор Л.А. Ходырева также сообщила, что в 2019 году объем мирового рынка фитопрепаратов оценивался в 83 млрд долларов, при этом аналитики ожидают, что к 2030 году объем рынка препаратов, изготовленных на основе лекарственных трав, может достичь 550 млрд долларов при среднегодовом темпе роста 18,9%.

В заключение доклада профессор Л.А. Ходырева обратила внимание коллег на фитопрепарат, применение которого помогает сохранить кишечный микробиом: это является важным моментом, поскольку использование антибактериальных препаратов приводит к значительному нарушению микробиома. Кроме того, фитопрепарат действует, подобно экстракту клюквы, адгезиально, препятствуя адгезии уропатогенной кишечной палочки к эпителиальным клеткам мочевого пузыря человека. Докладчик пояснила, что в состав данного препарата входят любисток (эфирное масло которого показало в исследованиях относительно хорошую антибактериальную активность), а также розмарин и золототысячник (в исследованиях доказан мочегонный эффект водных экстрактов листьев розмарина и травы золототысячника). Кроме того, исследования водно-спиртовых экстрактов любистока и золототысячника показали антипролиферативную и апоптотическую активность в клеточных линиях опухолевых клеток молочной железы, что связано с наличием фенольных соединений в данном экстракте. Ксантоны в золототысячнике являются вторичными метаболитами, богатыми структурным разнообразием и обладающими широким спектром фармакологических свойств, таких как противоопухолевые, противодиабетические и антимикробные. Что касается розмарина, то он содержит 16 аминокислот, а его экстракт оказывает положительное влияние на сперматогенез животных и создает антиандрогенный эффект. Понижая уровень тестостерона, он способствует повышению иммунных защитных свойств слизистой оболочки мочевыводящих путей и усиливает антибактериальный эффект», – резюмировала Любовь Алексеевна.



Врачи-дерматологи и онкологи – о проблемах мужского здоровья

XIX Конгресс «Мужское здоровье» традиционно собрал междисциплинарную команду участников, которая представила доклады на темы, связанные не только с урологией. На одной из сессий эксперты-дерматологи и онкологи рассказали о своем опыте.

ВПЧ-инфекция и рак у мужчин: взаимосвязь и новые подходы к лечению

Заведующий кафедрой хирургии и онкологии ФНМО РУДН, заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей МКНЦ имени А.С. Логинова, д.м.н., профессор **Константин Сергеевич Титов** напомнил о том, что хроническая инфекция является причиной 17% случаев всех злокачественных опухолей в мире. При этом вирусы папилломы человека «ответственны» за образование рака шейки матки, влагалища, вульвы, полового члена, анального канала, ротоглотки.

«Одним из хорошо изученных факторов риска (наряду с курением, злоупотреблением алкоголя) является хроническая ВПЧ-инфекция. Она представляет собой малый, ДНК-содержащий вирус, помещенный в капсид, инфицирующий эпителиальные клетки и вызывающий пролиферацию и поражения кожи, слизистых оболочек. Количество известных данных о вирусах быстро увеличивается, и в настоящее время описаны геномы более 200 типов, – сообщил докладчик. – Из них свыше 120 вызывают заболевания исключительно у человека, и именно они называются ВПЧ, которые подразделяют на 5 родов, где особое внимание уделяется роду, обозначаемому греческой буквой α. Вирусы рода α инфицируют преимущественно слизистые оболочки ротовой полости, гениталий, аногенитальной зоны и характеризуются высоким онкогенным риском».

Профессор К.С. Титов отметил, что около 80% сексуально активного населения в мире инфицируется ВПЧ в течение жизни, то есть 660 миллионов человек (около 12% населения) в мире уже инфицировано. Он пояснил, что ВПЧ является строго эпителиотропным вирусом, который вначале поражает базальный слой эпителия кожи или слизистых оболочек. Жизненный цикл ВПЧ связан с дифференциацией эпителиальных клеток. Репликация ДНК ВПЧ происходит только в клетках базального слоя, а в клетках других слоев эпидермиса кожи и слизистых оболочек вирусные частицы лишь персистируют.

«По способности индуцировать опухолевые процессы папилломавирусы классифицируют на группы: не вызывающие рак, низкой онкогенности, средней онкогенности и высокой онкогенности. При этом геном ВПЧ разделен на 3 функционально активных региона: область LCR участвует в регуляции транскрипции вирусных генов, а регион E включает ранние гены E1, E2, E4, E5, E6 и E7, кодирующие ранние белки. Поздние гены L1 и L2 кодируют структурные белки вириона. Что касается механизмов канцерогенеза ВПЧ, то репликация ВПЧ в делящихся эпителиальных клетках хозяина сопровождается повышением уровня синтеза онкобелков E6 и E7, обладающих канцерогенной активностью. Они ответственны за индукцию нестабильности генома, нарушение клеточного цикла, клеточную пролиферацию, иммортализацию и в итоге – за злокачественную трансформацию ВПЧ-инфицированных клеток. Также белки E6 и E7 вызывают иммуносупрессию, препятствуя выявлению иммунной системой ВПЧ-инфицированных и трансформированных клеток», – констатировал докладчик.

Далее профессор К.С. Титов сообщил, что в популяции людей пик инфицированности приходится на возрастную группу около 25 лет. Примерно 15% женщин ежегодно заражаются ВПЧ высокого онкогенного риска. Типы ВПЧ 6 или ВПЧ 11 низкого онкогенного риска обнаруживаются в 90% случаев аногенитальных кондилом, часто встречается ко-инфекция другими типами ВПЧ низкого или высокого риска. ВПЧ 16,18, 31, 33, 45, 56 и 65 относятся к вирусам высокого онкогенного риска и могут быть ассоциированы с развитием рака полового члена. Факторами риска является наличие склерозирующего красного плоского лишая. Бовеноидный папулез кожи развивается на коже полового члена и может быть похож на бородавки, но он более пигментирован. Его этиология связана с хронической ВПЧ (особенно 16 типа) в сохраненной крайней плоти. Этиология болезни Боуэна и эритроплакии Кейра в 70–100% случаев также связана с хронической ВПЧ-инфекцией. Заболеваемость раком ротоглотки увеличивается в связи с ростом ВПЧ-инфекции, при этом мужчины болеют раком ротоглотки в 2 раза чаще, чем женщины, а к факторам риска относятся курение, злоупотребление крепким алкоголем, ВПЧ-инфекция (16 тип), рак органов головы и шеи в анамнезе, жевание бетеля (наркотическое вещество, популярное в Юго-восточной Азии).

Докладчик сообщил, что диагностическими методами обследования пациентов с подозрением на рак ротоглотки являются физикальный осмотр, выполнение позитронно-эмиссионной томографии с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ), фарингоскопия, биопсия и тестирование на ВПЧ 16 типа.

Профессор К.С. Титов подробно остановился на профилактике, связанной с ВПЧ высокого онкологического риска. «Прежде всего, это надежная защита при половом акте – использование презервативов, а также вакцинирование девочек и мальчиков до их вступления в половую жизнь. И, разумеется, половое воспитание, беседы родителей с подростками. К вторичным методам профилактики следует отнести скрининг среди женщин старше 30 лет, а также лечение пациентов, больных раком на ранних стадиях с использованием онкологического арсенала, включая хирургическое вмешательство, лучевую и лекарственную терапию. Что касается иммунизации против ВПЧ высокого онкогенного риска, то на сегодня существует несколько видов вакцин. Одна из них – бивалентная вакцина (ВПЧ 6 и 11 типов), другая – квадривалентная (ВПЧ 16 и 18 типов), которой обычно вакцинируют лиц женского пола с 9 до 45 лет и мужского пола с 9 до 26 лет, а также нонавалентная вакцина (ВПЧ 31,33, 45, 52, 58 типов), которой вакцинируют лиц обоих полов в возрасте с 9 до 26 лет. В странах, где такая вакцинация проводится (Россия не входит в их число), ее эффективность связана со снижением случаев рака шейки матки (в зависимости от начала возраста вакцинируемых): в возрасте 16–18 лет эта эффективность достигает 34%. Что касается эффективности одной дозы вакцины, то исследования показали, что эффективность однодозового и многодозового режимов вакцинации в профилактике ВПЧ-инфекции сопоставима в течение 18 месяцев. Таким образом, введение одной дозы вакцины способно помочь достижению целей, которые ставит ВОЗ – охвату вакцинацией против ВПЧ 90% населения к 2030 году. Что касается онкоскрининга, то его целью является охват здорового населения – особенно в группах риска по ВПЧ или без вакцинации», – подчеркнул он.

В заключение своего доклада Константин Сергеевич сообщил, что лауреатами Нобелевской премии по физиологии и медицине в 2018 году стали Джеймс Эллисон и Тасуку Хондзё за разработки в области иммунотерапии больных раком путем разблокировки иммунного ответа на опухоль. Благодаря этому открытию, увеличилась общая выживаемость после иммунотерапии и химио-иммунотерапии пациентов с неоперабельным и метастатическим раком органов головы и шеи. Исследования в этой области позволили рекомендовать и зарегистрировать, в том числе и в России, препараты (пембролизумаб, ниволумаб) для иммунотерапии пациентов с распространенным раком ротоглотки и органов головы и шеи, распространенным раком шейки матки, распространенным раком анального канала (у мужчин и женщин). «На сегодня существуют клинические рекомендации и схемы терапии этими препаратами, одобренные российскими онкологами», – сказал профессор К.С. Титов.

«...»

Хроническая инфекция является причиной 17% случаев всех злокачественных опухолей в мире. При этом вирусы папилломы человека «ответственны» за образование рака шейки матки, влагалища, вульвы, полового члена, анального канала, ротоглотки

Герпетическая болезнь и ее коморбидность

Заместитель директора по научно-клинической работе Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии, д.м.н., профессор **Андрей Николаевич Львов** остановился на клинических симптомах и стратегии терапии пациентов с герпетической болезнью. «Доля инфицирования герпесом сегодня крайне высока, и надо понимать, что этот диагноз клинический, поэтому факт выявления либо антител к нему, либо самого вируса еще ничего не

означает. Ведь у большинства жителей планеты инфицированность не проявляется в виде клинических симптомов, поэтому нет необходимости назначения им какой-либо терапии», – сказал он.

Далее в своем докладе профессор А.Н. Львов остановился на симптомах и терапии пациентов с герпесом простого типа (ВПГ). При этом он отметил, что, несмотря на укрепившуюся точку зрения о тропности различных подтипов ВПГ к коже и слизистым оболочкам, в силу своих биологических особенностей он может поражать также другие органы и ткани. «Герпес имеет совершенно четкий патогенез, начинающийся от проникновения его через кожу и слизистые оболочки, миграции по чувствительным нервам ганглия, латентного периода, и затем под влиянием триггерных факторов (как экзогенных, так и эндогенных) переходящий в персистенцию и рецидивирование (это происходит так часто, насколько угодно конкретному организму), – пояснил докладчик. – Разумеется, клинически мы можем достаточно четко градировать пациентов с ВПГ в зависимости от частоты рецидивов и степени тяжести заболевания. Именно это рекуррентное течение является «лицом» герпеса. При этом не только кожа, но также целый ряд органов и систем вовлечены в герпетический процесс: сюда входят и офтальмогерпес, и неврологическая симптоматика, реже встречаются поражения печени и бронхолегочные симптомы, а эндокринопатии представлены отдельной формой. Также возможно вовлечение в герпетический процесс репродуктивной и мочевыделительной систем: не так часто описаны, но все же встречаются уретриты, циститы и простатиты, развившиеся по иммунокомплексному механизму».

Докладчик рассказал о механизмах патологического действия ВПГ: «Эти механизмы сводятся либо к прямому цитотоксическому воздействию субстанции вирусной единицы, либо к опосредованному, через циркулирующий иммунный комплекс (некоторые исследователи даже считают, что ВПГ лежит в основе болезни Альцгеймера), при котором возникает, к примеру, специфический герпетический тиреоидит и поражение печени. Что касается дерматологического синдрома герпетической болезни, то в этой области профессор А. Н. Львов отметил разнообразие: «Помимо классического либо манифеста, либо рецидива, это могут быть герпес-ассоциированные состояния – экзема Капоши или вариолиформный пустулез Юлиусберга у больных атопическим дерматитом, герпес-ассоциированная многоформная эритема, герпетическая псевдолимфома и целый ряд герпес-ассоциированных коллагенозов. Кожно-эндокринный синдром ВПГ возникает обычно в зоне ягодиц, что часто вызывает ошибки в диагностике заболевания».

По словам Андрея Николаевича, следует принципиально различать клинические формы проявления ВПГ: «В детском возрасте первичный герпес протекает бурно, с подъемом температуры, вовлечением лимфатических узлов. Однако зачастую первичный эпизод пропускается, поскольку бывает скрыт за симптомами детских инфекций. Рецидивы ВПГ имеют проявления крайне многообразные, и прежде всего – по своей локализации. Урологические и генитальные симптомы являются самыми частыми, но в целом проявления ВПГ могут быть в самых разных местах (в зависимости от входных ворот вируса), в том числе – на стопах, макушке, между лопаток. Акушерско-гинекологический синдром ВПГ важно учитывать, поскольку он является частой причиной неудач при беременности и ЭКО. Важным также является тот факт, что именно акушеры-гинекологи совместно с дерматологами-косметологами стояли у истоков создания схем эпизодической супрессивной терапии пациентов с ВПГ, и была разработана тактика ведения таких пациентов с часто рецидивирующим герпесом. При этом, чтобы обезопасить женщину и новорожденного от формирования первичного эпизода, было предложено за неделю и в процессе родоразрешения назначать синтетические нуклеозиды с целью недопущения рецидива. Косметологи делали это при выполнении инвазивных процедур – в частности, татуажа губ».

Докладчик описал тактику ведения пациентов с первичным ВПГ и первичной активацией латентной инфекции: «Сюда входит обязательное назначение ациклических синтетических нуклеозидов по схемам купирования первичной инфекции в связи с высокой угрозой диссеминации ВПГ и развитием системных осложнений. Для снижения риска цитопатического действия активных форм ВПГ следует включить в терапевтический комплекс рекомбинантные α-2b интерфероны с антиоксидантами, обладающими прямым противовирусным действием. Выбор подхода к схеме лечения зависит от тяжести течения ВПГ и частоты обострений. Ациклические синтетические нуклеозиды для купирования обострений следует назначать в момент активации ВПГ (на стадии предвестников). При частоте обострений ВПГ более 6 раз в год наиболее эффективным и безопасным является пролонгированный прием ациклических синтетических нуклеозидов. В случае обращения пациента на высоте обострения лечение нужно ограничить назначением рекомбинантных α-2b интерферонов с антиоксидантами, обладающими прямым противовирусным действием. При этом пациенту необходимо объяснить, что он должен всегда иметь под рукой ациклический синтетический нуклеозид и уметь применять его самостоятельно».

Профессор А.Н. Львов далее рассказал о стратегиях этиотропной терапии пациентов с ВПГ: «Первая стратегия заключается в необходимости купировать данный конкретный рецидив вируса, то есть резко сократить его продолжительность на как можно более раннем этапе (на стадии предвестников) с помощью приема синтетических аналогов нуклеозидов (обычно это валацикловир по 500 мг 2 раза в сутки 3 или 5 дней при рецидивах, 10 дней – при первичном ВПГ). Вторая стратегия – противорецидивная: либо эпизодическая, либо длительная супрессивная терапия, когда пациент с часто рецидивирующим ВПГ в течение 1–2 лет принимает чуть меньшую дозу препарата. Эпизодическая супрессивная противовирусная терапия включает назначение синтетических аналогов нуклеозидов длительным курсом в периоды, когда воздействие провоцирующих факторов риска рецидива ВПГ особенно велико: при стоматологических и косметологических манипуляциях, у пациентов с атопическим дерматитом, страдающих экземой Капоши, у пациентов после трансплантологических операций, пациентов, находящихся на длительной глюкокортикоидной терапии. Дозировки препарата при этом идентичны таковым при длительной супрессивной противовирусной терапии. Важна также социальная значимость длительной супрессивной терапии, поскольку при управляемом вирусном процессе минимизируется вероятность рецидивов, а отсутствие рецидивов способствует постепенной психологической реабилитации пациентов и их адаптации к нормальной жизни. И хотя не все пациенты сразу соглашаются на длительную терапию, она является эффективной и безопасной – это подтверждают накопленные мной и коллегами данные: при частоте рецидивирования 3–4 раза в год такая терапия, пожалуй, является единственной стратегией, позволяющей предотвратить развитие рецидивов».

В завершении доклада профессор А.Н. Львов остановился на алгоритме ведения пациентов с ВПГ, подчеркнув, что при менее частых, чем 3–4 раза в год, рецидивах пациента можно приучить к тому, чтобы он постоянно имел с собой валацикловир и принимал его при первых же предвестниках вируса. «Пациенты уже, как правило, умеют распознавать эти состояния, когда вирус, только поступив из ганглиев в зону, которая когда-то стала входными воротами в организм, начинает реплицироваться. Начало репликации вируса является самым идеальным моментом, когда на него можно воздействовать. На пике развития инфекции (пузырьковая стадия) препараты либо малоэффективны, либо совсем неэффективны: в этом случае можно либо дождаться следующего рецидива, либо назначить супрессивную терапию», – резюмировал он.

Организаторы

При поддержке

14-16 сентября 2023

XXIII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

КАЗАНЬ «Казань Экспо»

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ

«Новые дороги – новые шаги»

- Что необходимо делать и как для повышения качества амбулаторной и госпитальной урологической помощи в России?
- Новые возможности фармацевтики для урологической практики.
- Онкоурология – меньше или больше хирургии в перспективе, меньше или больше терапии в будущем?
- Инфекции в урологии: микробиота, микробиом, антибиотики, пробиотики, новые лабораторные возможности.
- Гиперплазия простаты – границы терапии и хирургии, текущая оценка эффективности реальной практики лечения.
- Новации в проблемах мочекаменной болезни – что следует развивать, а что должно уйти из практики?
- Андрология, мужское здоровье – оценки настоящего времени и что в будущем?
- Урология и фундаментальные исследования – фьюжн или разлука? Что сделано и что собираемся сделать?
- Новые техники, технологии, стартапы, искусственный интеллект – инновации, которые удивляют.
- Реконструктивно-пластическая хирургия – новые методики, новые результаты.
- Импортзамещение – настоящее и что в будущем?
- Междисциплинарные взаимодействия – будущее развития урологии.
- Функциональная урология – всё ли материально?
- Лучевые методы диагностики и лечения – неотъемлемая часть урологии.

РЕКЛАМА

По вопросам участия:
Волосенкова Богдана
+7 (929) 674-74-97
E-mail: info@congress-rou.ru

congress-rou.ru/rou2023

Междисциплинарный подход к проблемам мужского здоровья

На XIX Конгрессе «Мужское здоровье» традиционно было уделено большое внимание междисциплинарному взаимодействию врачей. Представляем мнение экспертов – эндокринолога и гинеколога – по поводу терапии тестостероном и вопросов, связанных с репродуктивными технологиями.

Нерешенные проблемы заместительной терапии тестостероном

Директор клиники эндокринологии Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, врач-эндокринолог, профессор, д.м.н., член-корреспондент РАН **Валентин Викторович Фадеев** обратился к рекомендациям Европейской ассоциации эндокринологов,

где сообщается, что терапия тестостероном мужчинам с гипогонадизмом и сексуальной/эректильной дисфункцией назначается для улучшения либидо, эректильной функции, сексуального удовлетворения.

«И хотя у каждого метода лечения и вмешательства должна существовать определенная клиническая и конкретная цель, некоторые врачи используют следующие поводы для назначения терапии тестостероном: «У вас низкий тестостерон, давайте его повысим!», «Давайте попробуем начать и посмотрим, что будет!», «Вы почувствуете себя другим человеком!», «Вы похудеете, омолодитесь, у вас будет секс три раза в день, обрастете мышцами и проживете на 20 лет дольше!». То есть часто цель такого назначения абсолютно непонятна, и врачи совершают попытки повысить тестостерон даже там, где он адекватно не определяется, – сказал докладчик. – Если же цель все же обозначена, то можно решить вопрос – назначать препарат тестостерона или нет».

Профессор В.В. Фадеев пояснил, что при ответе на этот вопрос следует ориентироваться на симптомы (хотя они и не специфичны, так как часто являются причиной простой неврастении у мужчин) и назначать терапию индивидуально. «Причем, симптомы следует соотносить с эффектами тестостерона, которые нам известны, и вероятностью купирования симптомов, – сказал он. – Кроме того, следует учитывать степень дефицита тестостерона (к примеру, если показатель тестостерона – менее 3 нмоль/л, то вероятность успеха терапии будет высокой) и возможные риски такой терапии».

Обратившись к результатам исследований, докладчик отметил, что высокой доказательной эффективностью обладают следующие эффекты в результате назначения терапии тестостероном: улучшение сексуальной активности, влечения и эрекции у мужчин со сниженным либидо. Недостаточно доказаны эффекты уменьшения выраженности депрессии у пожилых пациентов со старческой депрессией (дистимия) и увеличения подвижности у пожилых пациентов. Также существуют косвенные данные с низкой доказательностью: уменьшение симптомов усталости и снижение риска переломов. Данные об отсутствии эффектов относятся к влиянию тестостерона на когнитивную функцию и выраженность серьезных депрессий. Все вышеперечисленное можно отнести к потенциальным преимуществам терапии тестостероном. К потенциальным недостаткам следует причислить побочные эффекты с высокой доказательностью: эритроцитоз, образование акне, прогрессирование микро-рака предстательной железы, прогрессирование метастатического рака предстательной железы (РПЖ), подавление продукции спермы и ее фертильности. Побочные эффекты с недостаточной доказательностью – это гинекомастия, мужской тип облысения (семейный), прогрессирование рака грудной железы, индукция и утяжеление апное во сне. Не доказаны побочные эффекты в результате назначения тестостерона: крупные сердечно-сосудистые события и РПЖ.

«Если соотнести все вышеперечисленное, мы получим определенную схему, где будут обозначены положительные и отрицательные последствия терапии тестостероном. При этом следует учесть, что такой индивидуальный подход будет эффективен только для пациентов с подтвержденным гипогонадизмом, у которых реально снижен уровень тестостерона. Если же проследить эволюцию противопоказаний для назначений тестостерона в рекомендациях Европейской ассоциации урологов начиная с 2013 по 2022 годы, то можно отметить следующее. В 2013 году среди таких противопоказаний перечислены РПЖ, ПСА более 4 нг/мл, рак грудной железы, тяжелое ночное апноэ, мужское бесплодие, гематокрит более 50%, тяжелые расстройства мочеиспускания (симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей – СНМП) вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Среди противопоказаний 2019 года отмечены местно-распространенный или метастатический РПЖ, рак грудной железы, гематокрит более 54%, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность. В рекомендациях за 2022 год дублируются противопоказания 2019 года, однако отсутствует упоминание о пациентах с ДГПЖ и СНМП», – пояснил профессор В.В. Фадеев.

«С точки зрения эндокринолога терапию тестостероном нельзя назвать в полной мере заместительной, так как она доказана симптоматично, – сказал в заключение Валентин Викторович. – То есть она дает несистемный эффект, свойственный гормональной терапии, который доказан у пациентов в пожилом возрасте, а эффект, имеющий влияние на отдельные клинические проявления. Кроме того, такая терапия является временной. В частности, заместительная терапия пациента с гипотиреозом или надпочечниковой недостаточностью подразумевает совершенно иное. Поэтому в отношении терапии тестостероном термин «заместительная» с точки зрения классической эндокринологии не очень корректен».

Взгляд гинеколога на мужское репродуктивное здоровье

Директор клиники ЭКО «Дети из пробирки», врач акушер-гинеколог, репродуктолог, д.м.н., профессор **Эмма Врамовна Вартанян** сообщила, что обычно бесплодная супружеская пара редко приходит на первичный прием к андрологу, чаще впервые ее принимает гинеколог. При этом она обратила внимание на негативные прогнозы по поводу ожидаемого демографического кризиса: в ближайшие 80 лет Россия будет нуждаться в 1,1 млн миграционного прироста ежегодно. А если его не произойдет, то численность населения к 2100 году будет в два раза меньше, чем сейчас (67,4 млн человек). Решить эту проблему можно сохранением репродуктивного здоровья населения, многодетностью в семьях, созданием благоприятных экономических условий и активизацией миграционных процессов.

«Сегодняшнюю Россию можно назвать страной молодых мужчин (средний возраст 37,6 лет) и стареющих женщин (средний возраст – 42,8 лет), поскольку в клинику вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) часто обращаются женщины 40 лет и старше, желающие забеременеть. При этом у них имеется огромный «букет» заболеваний, с которым сначала необходимо разбираться и только затем приступать к программам ВРТ, – пояснила Эмма Врамовна. – Думаю, и урологи-андрологи неоднократно сталкивались с такими пациентами, пережившими по 15–20 неудачных попыток ЭКО, следствием которых часто становятся онкологические заболевания. К сожалению, сегодня нередки такие последствия бездумных стимуляций, которые проводятся по доступным в стране программам обязательного медицинского страхования: квоты на них выдают легко, а сами пациенты не задумываются ни о собственном здоровье, ни о последствиях».

Профессор Э.М. Вартанян отметила, что основным контингентом супружеских пар, которые обращаются в клинику ЭКО «Дети из пробирки», являются пациентки с риском бедного ответа (26%), женщины с эндометриопатиями (34%, с тонким эндометрием, к которому не может прижиться эмбрион), мужчины с бесплодием (44%) и у 68% пар имеются сочетанные причины бесплодия. Анализ результатов приема пациентов врачом-андрологом в той же клинике с 2016 по 2022 годы показал, что количество хронических заболеваний мочеполовой системы в стране уменьшилось: по словам докладчика, это показатель того, что в России увеличилось количество грамотных докторов, которые междисциплинарно подходят к решению данных проблем.

«Сегодня очень серьезными остаются проблемы невынашивания и потери беременности: множество международных исследований показывают, что более половины причин репродуктивных потерь относятся либо к неизвестным (недиагностируемым), либо к генетическим маркерам, – сообщила докладчик. – Для того, чтобы предотвратить вышеобозначенные проблемы, нам необходимо каждый раз менять подходы к их решению. Каждая супружеская пара должна получать индивидуальный алгоритм обследования и выяснить, что нужно дополнительно, чтобы не затягивать лечение и не повторять программы ВРТ бесконечно, поскольку возраст работает против качества гамет – как мужских, так и женских. Если лечение будет индивидуальным, то его эффект будет гораздо выше – и наш опыт работы (увеличение вдвое возможности наступления беременности) это показывает».

Профессор Э.В. Вартанян отметила, что эмбриологический этап является одним из важнейших в процессе беременности, при этом очень важны оснащение клиники и профессиональная подготовка врачей. «Сегодня все хотят быть репродуктологами и эмбриологами, но на

«...»

Каждый уролог-андролог должен знать о генетических нарушениях, связанных с нарушением фертильности. И в результате давать правильные рекомендации по эффективному обследованию и лечению бесплодной пары

выходе мы часто вынуждены наблюдать кустарную работу таких «специалистов». И, конечно, бесплодным парам необходимо рациональное движение по этапам оказания медицинской помощи – это одна из важных мер в достижении успеха, – сказала докладчик. – Приведу в качестве примера клиническое наблюдение. В нашу клинику обратилась бесплодная супружеская пара (пациентка 30 лет, пациент 36 лет), решившая проводить ЭКО и пришедшая на прием для биопсии яичка у мужа. По данным анамнеза у мужа была установлена азооспермия и проводилось лечение мужского бесплодия в течение 10 лет. Гормональный профиль супруга от 24.01.2023 г.: прогестерон – 1,43 нмоль/л; эстрадиол – 25,56 пмоль/л;

лютеинизирующий гормон – 6, 28 мМЕ/мл; фолликулостимулирующий гормон – 18,95 МЕ (повышен); консультирован андрологом, показано лечение бесплодия методом ВРТ, TESA».

Профессор Э.В. Вартанян обратилась к информации, представленной профессором В.В. Фадеевым в предыдущем докладе, еще раз напомнив, что нельзя лечить пациента детородного возраста препаратами тестостерона: это только ухудшает ситуацию, давая лишь минутные эффекты и негативно воздействуя даже на те единичные сперматозоиды, которые еще есть у пациента, что приводит к более глубокому бесплодию. «Наш пациент годами «лечился» препаратами тестостерона, при этом ни один врач не обращал внимания на уровень его гормонов и на каждом приеме ему назначали биопсию яичка. Разобравшись в его проблеме, мы отправили его к андрологу, поскольку пациент был не дообследован. Но главное, что уже было заметно внешне по его фенотипу – мужчина имел явные генетические нарушения. Несмотря на это, на протяжении всего 10-летнего «лечения» ему ни разу не делали стандартного генетического обследования, не брали анализ на кариотип AZF, AR, CFTR, хотя сегодня все это входит в стандарт обследования мужчины с азооспермией, – рассказала она. – Это клиническое наблюдение еще раз говорит о том, что на приеме андролог должен обращать внимание на все факторы и знать о необходимом объеме первичного обследования пациента с бесплодием. И, если есть необходимость, то по жалобам пары расширять показания диагностики, включая в нее иммунологические факторы, HLA-совместимость (если есть выкидыши), проводить генетическое и эндокринологическое обследование: на все это важно обращать внимание. При наблюдении сложных случаев и невозможности взять на себя ответственность по поводу лечения пары врач всегда может направить ее в Клинику репродуктивной медицины».

Далее Эмма Врамовна представила основной список исследований, которые необходимо проводить при серьезных патоспермиях: «Спермограмма дает первую информацию о репродуктивной функции мужчины. При наличии нарушений требуется расширение алгоритма обследования и включение в него генетического обследования, фрагментации ДНК сперматозоидов, оценку окислительного стресса, HLA-совместимости, УЗИ других органов и систем, консультации смежными специалистами. При этом многие зарубежные исследования уже показывают, что при патоспермии существует очень высокий риск генетических аномалий у плода, замерших беременностей у партнерши. Кроме того, особенностями гаметогенеза у возрастных мужчин (старше 30 лет) является увеличение количества митозов сперматогоний. Если у 20-летнего мужчины в среднем происходит около 150 митозов сперматогоний до формирования сперматозоида, к 50 годам количество митозов сперматогоний достигает 850. Каждый митоз сопровождается формированием дефектных копий и повышается вероятность мутаций *de novo*. Как правило, происходит утрата или транслокация небольших участков, при этом растет частота моногенных заболеваний. Именно мутации *de novo* вносят основной вклад в патогенез генетических заболеваний: средний риск серьезных нарушений развития плода составляет 1:300 живорожденных, при этом риск развития нарушений плода, по данным исследований, ассоциирован с возрастом мужчины», – пояснила она.

Профессор Э.В. Вартанян сообщила, что на сегодняшний день существует новый маркер качества генетического материала – длина теломер сперматозоидов (ДТС). Теломеры считаются внутренними биологическими часами, и их прогрессирующее укорочение связано с риском возрастных заболеваний и нарушений репродуктивной функции. Теломеры считаются повторяющимися последовательностями ДНК и включают длинную некодирующую РКН, известную как TERRA (РНК, содержащие теломерные повторы). У мужчин с идиопатическим бесплодием снижена экспрессия тестикулярного TERRA, что указывает на связь между TERRA и мужской фертильностью. В исследованиях экспрессию TERRA и ДТС определяли с помощью количественной ПЦР в сперме 35 мужчин, подвергшихся ВРТ и 30 фертильных мужчин. Экспрессия TERRA в сперме и ДТС были снижены у пациентов, перенесших ВРТ. Интересно, что экспрессия TERRA была связана и с качеством эмбриона. Эти предварительные данные свидетельствуют о роли TERRA в поддержании целостности теломер сперматозоидов во время гаметогенеза, и экспрессия TERRA может быть прогностическим фактором качества эмбриона в условиях вспомогательной репродукции. Из данного исследования был сделан вывод о том, что определение ДТС имеет хорошие диагностические и прогностические перспективы и может быть использовано в качестве нового биомаркера для оценки мужской фертильности и прогнозирования эмбрионального развития.

«Каждый уролог-андролог должен знать о генетических нарушениях, связанных с нарушением фертильности. И в результате давать правильные рекомендации по эффективному обследованию и лечению бесплодной пары. В частности – назначать целенаправленную преконцепционную подготовку, включающую борьбу с окислительным стрессом и создание оптимальных условий гаметогенеза», – резюмировала докладчик.

Эякуляторно-протективные техники у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заведующий отделением урологии ГКБ им. Д.Д. Плетнева, ведущий научный сотрудник МНОЦ МГУ имени Ломоносова, член-корр. РАН, д.м.н., профессор **Алексей Георгиевич Мартов** начал свой доклад на XIX Конгрессе «Мужское здоровье» с проблемы ретроградной эякуляции.

Профессор представил средние показатели частоты встречаемости данной проблемы у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) после эндохирургического лечения. Он отметил, что после стандартной трансуретральной резекции (ТУРП) ретроградная эякуляция встречается в 70–90% случаев, эякуляторно-протективной ТУРП – в 40–50%, после инцизии простаты – в 21–35%, после роботической или лазерной энуклеации и вапоризации – в 20–30% случаев.

Относительно актуальности проблемы докладчик сказал следующее: «Ретроградная эякуляция после ТУРП является главной проблемой в группе относительно молодых мужчин (30–60 лет) с наличием инфравезикальной обструкции (ИВО) вследствие ДГПЖ и склероза ПЖ. Утрата естественной эякуляции может приводить к развитию эректильной дисфункции, сопровождается психосоциальной дезадаптацией пациента, невозможностью зачатия естественным образом. Утрата естественной эякуляции и эректильная дисфункция являются основной причиной отказа пациентов от выполнения стандартной ТУРП, несмотря на наличие показаний к ее выполнению».

Также профессор А.Г. Мартов сообщил, что в обществе наметилась тенденция «старения деторождения» у мужчин, нередко имеющих ИВО разной этиологии. Все это заставляет урологов искать новые пути решения проблемы сохранения антеградной эякуляции. Он также отметил, что причиной ретроградной эякуляции традиционно считается разрушение шейки мочевого пузыря и утрата ее способности к спазму во время выброса спермы в простатический отдел уретры, что способствует заброску последней в мочевой пузырь. Таким образом развитие ретроградной эякуляции воспринимается как результат утраты физиологической функции гладкомышечного сфинктера мочевого пузыря (так называемого «внутреннего сфинктера»). Однако клинические, анатомические и физиологические факты заставляют сомневаться в однозначной роли травмы шейки мочевого пузыря в развитии ретроградной эякуляции после ТУРП и справедливости этой наиболее распространенной точки зрения.

В связи с этим докладчик привел факты, связанные с процессом эякуляции: 20% пациентов после стандартной ТУРП и 80% – после инцизии простаты сохраняют антеградную эякуляцию. С помощью видеоуродинамических и ультразвуковых исследований доказано наличие постоянно открытой шейки мочевого пузыря у пациентов с сохраненной антеградной эякуляцией. И в то же время у ряда пациентов с ретроградной эякуляцией (например, после забрюшинной лимфаденэктомии) шейка мочевого пузыря всегда закрыта. Кроме того, обнаружена и изучена гладкая мышца *m.ejaculatorius*, расположенная в основании семенного бугорка, которую многие ученые в последнее время считают ответственной за процесс эякуляции. У многих молодых мужчин, больных сахарным диабетом, при полностью интактной шейке мочевого пузыря развивается ретроградная эякуляция.

В результате профессор А.Г. Мартов озвучил определенные предположения: «Исходя из современных представлений о механизме эякуляции, в основе развития ретроградной эякуляции (вне зависимости от ее этиологии), по всей видимости, лежит нарушение сложно скоординированного механизма сочетанной активации симпатического отдела вегетативной (сокращение простатической уретры, семенных пузырьков) и соматической нервной системы (наружных сфинктеров мочевого пузыря, мышц тазового дна). Данную теорию подтверждают многочисленные наблюдения, связанные с развитием ретроградной эякуляции после выполненной лимфаденэктомии, а также при сахарном диабете, когда шейка мочевого пузыря абсолютно интактна, но происходит поражение симпатической нервной системы (при лимфаденэктомии механически пересекаются симпатические нервные волокна, а при сахарном диабете поражение происходит за счет периферической нейропатии). В свете данной теории механизм развития ретроградной эякуляции при действии α-адреноблокаторов связан скорее не с раскрытием шейки мочевого пузыря, а с блокадой α-адренорецепторов семенных пузырьков, капсулы ПЖ и эякуляторной мышцы».

Алексей Георгиевич привел данные, полученные им и его коллегами в результате выполнения эякуляторно-протективной ТУРП, особенности которой заключаются в применении биполярной ТУРП (при которой происходит меньше повреждений), выполнении щадящей ТУРП в области шейки мочевого пузыря и минимальной параколликулярной коагуляции, а также оставлении ткани в 1,5 см проксимальнее семенного бугорка.

> «...»
>
> ***Первоначальный опыт выполнения эякуляторно-протективной эндохирургической операции у пациентов с ДГПЖ и ее сравнение со стандартной техникой ТУРП позволяет нам считать данный метод эффективным и безопасным для лечения пациентов с ДГПЖ***

В 2014 году были опубликованы данные результатов сравнения ТУРП и эякуляторно-протективной ТУРП: с мая по декабрь 2010 года эякуляторно-протективная ТУРП была выполнена 42 пациентам, обычная ТУРП – 40 пациентам. Критериями включения в исследование стали активная половая жизнь мужчин и сохраненная эректильная функция, а критериями исключения – перенесенные операции на органах малого таза, эректильная дисфункция, сахарный диабет, неврологические заболевания, стриктура уретры. Пациентам были проведены обследование и контроль через 12, 24 и 36 месяцев после выполнения хирургических вмешательств. «Результаты в обеих группах пациентов не различались по весу удаленных тканей, изменению уровня натрия, гемоглобина, дренированию мочевого пузыря. В отношении послеоперационных осложнений расхождения были связаны только с необратимыми их последствиями: при выполнении протективной операции хирург обычно бывает более аккуратным, в результате чего возникло меньше перфораций капсулы простаты и кровотечений, – отметил он. – При этом мы отметили разницу в состоянии пациентов через 36 месяцев после выполненных операций. У пациентов, которым была выполнена эякуляторно-протективная операция, осталась сохраненной естественная эякуляция в 49% случаев, частичная антеградная эякуляция (сохранение естественной эякуляции со сниженным количеством эякулята в сочетании с ретроградной эякуляцией) была у 25% пациентов, возникла ретроградная эякуляция – у 25%. У пациентов после ТУРП в 14% случаев сохранилась естественная эякуляция, в 8% случаев – частичная антеградная эякуляция, в 77% случаев возникла ретроградная эякуляция. Также в 2023 году мы с коллегами провели и опубликовали в журнале «Вестник урологии» результаты исследования в отношении применения техники эякуляторно-протективной энуклеации. Данная техника похожа на технику выполнения эякуляторно-протективной ТУРП, однако она неудобна тем, что приходится оставлять много ткани в области семенного бугорка. Кроме того, мы распределили исследуемых пациентов на тех, у кого была трехдолевая ДГПЖ (64%), и тех, у кого была двухдолевая ДГПЖ (36%). Мы отметили, то при наличии средней доли возникают определенные проблемы: ни у одного такого пациента нам не удалось сохранить антеградную эякуляцию. У пациентов с двухдолевой ДГПЖ удалось полностью сохранить антеградную эякуляцию в 57% случаев, частично – в 43% случаев, при этом у нас не было ни одного отрицательного (с ретроградной эякуляцией) результата».

Также профессор А.Г. Мартов сообщил об относительных противопоказаниях к выполнению эякуляторно-протективного эндохирургического вмешательства у пациентов с ДГПЖ. К ним относятся наличие инсулинозависимого сахарного диабета, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы, ранее проводимая системная химиотерапия или лучевая терапия органов малого таза.

В заключение Алексей Георгиевич сказал: «Первоначальный опыт выполнения эякуляторно-протективной эндохирургической операции у пациентов с ДГПЖ и ее сравнение со стандартной техникой ТУРП позволяет нам считать данный метод эффективным и безопасным для лечения пациентов с ДГПЖ. Дальнейшее наблюдение за оперированными пациентами позволит сделать окончательное заключение о стабильности достигнутых результатов».

Хронический простатит у подростков

На XIX Конгрессе «Мужское здоровье» врач-уролог, к.м.н., руководитель урологической группы Многопрофильного медицинского центра «Мультиклиник» (г. Томск) **Анна Викторовна Царёва** представила доклад о клинических особенностях и организационных сложностях лечебной тактики у больных хроническим простатитом в подростковом возрасте.

Она отметила, что хронический простатит (ХП)/синдром хронической тазовой боли (СХТБ) является распространенным урологическим заболеванием. Существуют многочисленные исследования, посвященные диагностике и лечению взрослых пациентов с ХП, и весьма редкие упоминания в литературе о подростковом ХП, что предположительно связано с редкой встречаемостью заболевания. «Хотя исследования показывают, что доля встречаемости ХП/СХТБ составляет около 13% среди всех подростков, которые обращаются к врачу с симптомами боли, нарушения мочеиспускания, депрессии, беспокойства, утомляемости, бессонницы, нарушения эректильной функции», – сказала докладчик.

При этом, по данным исследования 2014 года, отмечен двукратный прирост выявленных случаев рака предстательной железы (ПЖ) у лиц моложе 40 лет за последние 18 лет. Выявляются случаи на более высокой стадии заболевания с худшим прогнозом выживаемости, чем в группах пациентов среднего и старшего возраста. В этом аспекте изучение заболеваний предстательной железы, факторов развития хронического воспалительного изменения ткани простаты в детском и подростковом возрасте имеет большое значение.

Говоря о патофизиологии ПЖ, докладчик сообщила, что в пубертатном периоде ПЖ активно начинает выполнять свою репродуктивную функцию, ее секрет составляет основную часть эякулята, происходит активный рост ПЖ на фоне повышения уровня тестостерона в сыворотке крови. Основными моментами, которые влияют на возможное развитие патологического состояния ПЖ в подростковом периоде – это гормональные нарушения, в т.ч. изменение уровня тестостерона (нередкие в этом возрасте), неправильное питание и ожирение, отсутствие половых контактов; на фоне нарушения осанки и малоподвижного образа жизни происходят изменения в функционировании мышц тазового дна, влияющие на гемодинамику в органах малого таза и формирование факторов развития хронической тазовой боли. Как правило, эта категория больных требует коллегиального лечения с привлечением детских неврологов, психиатров и эндокринологов.

Основными симптомами, с которыми обращаются к врачу подростки с диагнозом хронический простатит, является дизурия: частые позывы на мочеиспускание, ургентные позывы, дискомфорт в уретре при мочеиспускании; болевая симптоматика в надлонной области, в промежности выражена незначительно.

Далее доктор А.В. Царёва представила обзор собственных клинических данных о 22 пациентах подросткового периода (с 14 до 18 лет), которые наблюдались ею в течение последних 5 лет на амбулаторном приеме. Подростки обратились к доктору со стойкой дизурией и хронической тазовой болью. Они многократно лечились у врачей-педиатров и детских урологов, обычно с установленными диагнозами «инфекция мочевых путей неуточненной локализации» и «хронический цистит». Подростки проходили курс антибактериальной терапии без особых показаний, поскольку в анализах мочи не было установлено ни бактериурии, ни выраженной лейкоцитурии. Половая жизнь у подростков отсутствовала. Из исследования были изначально исключены пациенты с аномалиями развития органов мочеполовой системы, нейрогенной дисфункцией нижних мочевыводящих путей, варикоцеле 2–3 степени, инфекционно-воспалительными заболеваниями органов мочевыделительной системы, неурологическими причинами нарушения функций мочеиспускания и СХТБ.

> «...»
>
> ***Пока недостаточно лечебных инструментов для патогенетического лечения подростков с ХП/СХТБ: лекарственные препараты не имеют разрешения на использование в детской практике и подростковом возрасте), не разработаны реабилитационные мероприятия для данной категории больных***

По словам докладчика, в данной ситуации она пыталась проанализировать состояние ПЖ и влияние воспаления в тканях железы на клинические симптомы у пациентов вне зависимости от варикозного расширения вен семенного канатика. По сути в исследование были включены пациенты с подтвержденными диагнозами «хронический бактериальный простатит» и «абактериальный простатит», которым были выполнены все стандартные исследования. В них вошли сбор жалоб, анамнез жизни, анамнез заболевания, ведение дневника мочеиспускания, заполнение опросника (общий балл, домен боли и мочеиспускания), объективный осмотр (пальцевое ректальное исследование простаты), пальпация мышц промежности, лабораторная диагностика, микроскопия и культуральные исследования секрета простаты, микроскопия и культуральные исследования фракций 2-стаканной пробы, культуральное исследование эякулята, инструментальная диагностика, ТРУЗИ простаты, урофлоуметрия с ЭМГ, уретроцистоскопия, МРТ органов малого таза.

«Все эти пациенты могли мастурбировать с согласия родителей после подписания всех необходимых документов. Это было одной из сложностей в работе с данной категорией больных, поскольку каждый из шагов по диагностике требовал формирования определенных юридических документов и заполнения их родителями, – пояснила докладчик. – На сегодня не существует готовых юридических шаблонных документов, позволяющих врачу-детскому урологу работать свободно с данной категорией больных и выполнять все необходимые исследования, согласно рекомендациям по вышеуказанным нозологиям».

Доктор А.В. Царёва рассказала, что все пациенты проходили 2 этапа лечения: на первом им были проведены лекарственная терапия, физиотерапия и массаж ПЖ. После этапного контроля через месяц был проведен второй этап лечения, включавший БОС-терапию с электростимуляцией мышц тазового дна, так как все пациенты имели расстройство мочеиспускания по типу прерывистого. При анализе жалоб на первый план выходили пациенты, имевшие постоянные позывы на мочеиспускание, выраженные ургентные позывы и пациенты с неудержанием мочи. Все эти симптомы были главными при обращении к врачу-урологу, при этом у них были исключены проявления гиперактивности мочевого пузыря. У большей части пациентов отмечались в боли в области промежности (хотя и не очень выраженные), также наблюдалась примесь крови в эякуляте и гематурия. При обследовании на МРТ были исключены какие-либо новообразования в области малого таза. В результате уретроцистоскопии были выявлены признаки отёка и гиперемии слизистой оболочки простатической отдела уретры, при этом значительных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря выявлено не было.

Докладчик сообщила, что лечебная тактика формировалась в соответствии с классификацией UPOINTS, при этом основными клиническими синдромами у пациентов были изменения в «мочевом типе» (взрослым пациентам при этом проводится терапия α_1-адреноблокаторами), «органо-специфическом типе» – простата и мочевой пузырь (взрослым проводится лечение фитопрепаратами, α_1-адреноблокаторами, биорегуляторными пепетидами, ботулинческим токсином типа А), «инфекционном типе» (взрослым проводится терапия фторхинолонами), «болевом мышечно-спастическом типе» (взрослым проводится лечение ботулинческим токсином типа А, миорелаксанты). Докладчик отметила, что большая часть вышеприведенных препаратов официально не разрешена к применению в детском и подростковом возрасте: в аннотациях к препаратам существует отметка либо «не разрешено до 18 лет», либо «не рекомендовано до 18 лет». «Эти ограничения либо крайне сложно, либо невозможно обойти, – подчеркнула доктор А.В. Царева. – Несмотря на то, что у подростков мы часто наблюдали расширение парапростатических вен, использование венотоников для данной категории пациентов также не было разрешено в аннотациях к лекарственным препаратам».

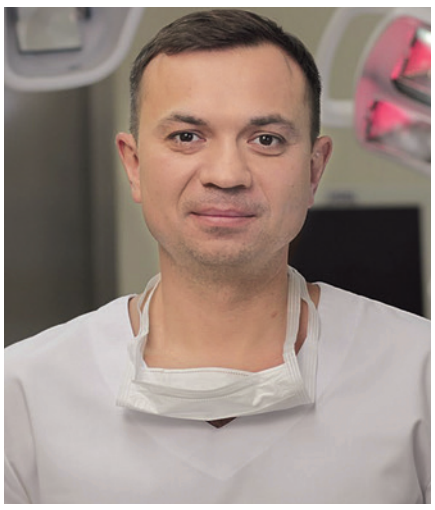
Исходя из ситуации, основу терапии, назначенной больным, составили длительный курс нестероидными противовоспалительными препаратами, массаж простаты, физиотерапия, определенные ректальные суппозитории и лишь один миорелаксант, рекомендованный для детей, начиная с 3-хлетнего возраста.

Главным противовоспалительным агентом в курсах лечения был разрешенный для подростков препарат, который воздействовал на все этапы патологического воспаления при ХП за счет комплексного действия – противофиброзного, противовоспалительного и осуществляющего гидролиз биопленок. Курс лечения составил около 2 месяцев. Также пациентам выполнялась БОС-терапия с электростимуляцией мышц тазового дна.

«По результатам 1 этапа комплексного противовоспалительного лечения у пациентов было отмечено значительное уменьшение симптомов ХП/СХТБ, в результате 2 этапа лечения отмечен дополнительный регресс нарушений мочеиспускания, – резюмировала докладчик. – При этом следует отметить определенные клинические проблемы, требующие решения: пока недостаточно лечебных инструментов для патогенетического лечения подростков с ХП/СХТБ (лекарственные препараты не имеют разрешения на использование в детской практике и подростковом возрасте), не разработаны реабилитационные мероприятия для данной категории больных. А также, к сожалению, нет преемственности между детскими и взрослыми урологами в отношении больных с заболеваниями предстательной железы».

Влияние вида и мощности применяемой энергии на формирование рубцовой деформации шейки мочевого пузыря после трансуретральной резекции простаты по поводу ее гиперплазии

Н.И. Сорокин[1,2], В.К. Карпов[1–4], Б.М. Шапаров[1,4]
[1]Факультет фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, кафедра урологии и андрологии, Москва, Россия
[2]МНОЦ МГУ имени. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
[3]ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», Москва, Россия
[4]ГБУЗ «ГКБ №17 ДЗМ», Москва, Россия



Сорокин Н.И., д.м.н., врач-уролог МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, профессор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова

Карпов В.К., к.м.н., врач-уролог ГКБ №31 ДЗМ, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова, Заслуженный врач Российской Федерации

Шапаров Б.М., врач-уролог ГКБ №17 ДЗМ, сотрудник кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова

Введение

Рубцовая деформация шейки мочевого пузыря (РДШМП) (*рис. 1*) является осложнением трансуретральной резекции простаты по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), встречается с частотой от 0,3 до 9,6% и в 50–80% случаев носит рецидивирующий характер, может приводить к многократным повторным оперативным вмешательствам (*рис. 2*). На сегодняшний день не существует единого мнения об оптимальном лечении больных этим заболеванием, российские и зарубежные клинические рекомендации не дают четкого ответа на данный вопрос. В этих условиях особую актуальность приобретает изучение различных методик оперативного лечения больных ДГПЖ [1].

Современные методы оперативного лечения больных гиперплазией простаты и их влияние на развитие РДШМП

К факторам риска развития РДШМП после эндоскопического оперативного лечения больных гиперплазией простаты относятся: хроническая инфекция нижних мочевыводящих путей, объем простаты менее 55 см^3, сахарный диабет 2 типа, курение, сердечно-сосудистые заболевания, продолжительность операции, наличие натяжения уретрального катетера с гемостатической целью в раннем послеоперационном периоде, повторное дренирование мочевого пузыря. Однако, известно, что вероятность развития данного состояния также зависит от методики первичной операции по поводу гиперплазии простаты [2].

Трансуретральная резекция простаты

Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРП) на сегодняшний день остается основным методом лечения больных ДГПЖ. Частота встречаемости РДШМП после ТУРП – в среднем 4,9%, при этом по данным некоторых исследований данный показатель может достигать 12,3%. В большинстве исследований на эту тему отмечается корреляция вероятности развития этого осложнения с объемом простаты, длительностью операции, диаметром резектоскопа и объемом кровопотери.

Разница в частоте развития осложнения может также варьировать в зависимости от вида применяемой энергии – монополярной трансуретральной резекции простаты (M-TURP) и биполярной трансуретральной резекции простаты (B-TURP), однако наиболее крупное исследование по данной теме демонстрирует сопоставимость встречаемости послеоперационной РДШМП вне зависимости от вида энергии [3].

С целью снизить вероятность рубцовых осложнений ТУРП может комбинироваться с профилактической трансуретральной инцизией простаты (ТУИП) и шейки мочевого пузыря, что особенно актуально при объеме простаты до 30 см^3. По результатам отдельных исследований [4] такая техника позволяет полностью предотвратить риск развития РДШМП (см. *таблицу*).

Большой интерес представляют данные о том, что у пациентов с камнями мочевого пузыря на фоне ДГПЖ, после ТУРП с электрогидравлической литотрипсией частота РДШМП была значительно реже, чем у пациентов без камней в мочевом пузыре (3,2% против 13,1%). Причина, объясняющая такую корреляцию, неясна [5].

Трансуретральная электроэнуклеация простаты

Трансуретральная эндоскопическая энуклеация простаты впервые была предложена Y. Hiraoka в 1983 г. К преимуществам этого метода относится более анатомичное и радикальное удаление аденоматозной (гиперплазированной) ткани простаты, а также отсутствие ограничений по ее объему.

В зависимости от вида применяемой энергии – монополярной и биполярной – может различаться частота развития РДШМП после трансуретральной энуклеации гиперплазии простаты, однако по данным наиболее крупного исследования с включением 1100 пациентов частота формирования РДШМП в течение 1–2 лет после вмешательства составляет 0,9% и не зависит от вида применяемой энергии [6]. По результатам немногочисленных исследований биполярной вапоризации гиперплазии простаты частота формирования РДШМП после этого вида оперативного лечения составляет 4,8% [7].

Таблица. **Частота возникновения РДШМП в зависимости от вида оперативного вмешательства на предстательной железе**

Исследование	Год	Дизайн исследования	Метод лечения	Кол-во пациентов, n	Объем простаты, см^3	Средний возраст, лет	Частота развития РДШМП, %
Kupeli et al., 2001.	2001	Проспективное одноцентровое РКИ	ТУРП и ТУРП+ ТУВП	50 и 50	56,7±6,3 и 57,8±4,1	58,9±3,6 и 61,4±3.2	0 и 0
Li et al., 2013.	2013	Проспективное одноцентровое РКИ	ТУРП и ТУРП+ТУИ ШМП (при объеме простаты менее 40 см^3)	61 и 63	29,9±4,9 и 31,5±6,9	68,6±7,5 и 66,8±4,9	4,9 и 0
Skolarikos et al., 2016.	2016	Проспективное одноцентровое РКИ	М-ТУРП и В-ТУРП (при объеме более 80 см^3)	57 и 69	60,1±22,3 и 59,6±23,5	68,1±8 и 68±7,8	1,9 и 3,2

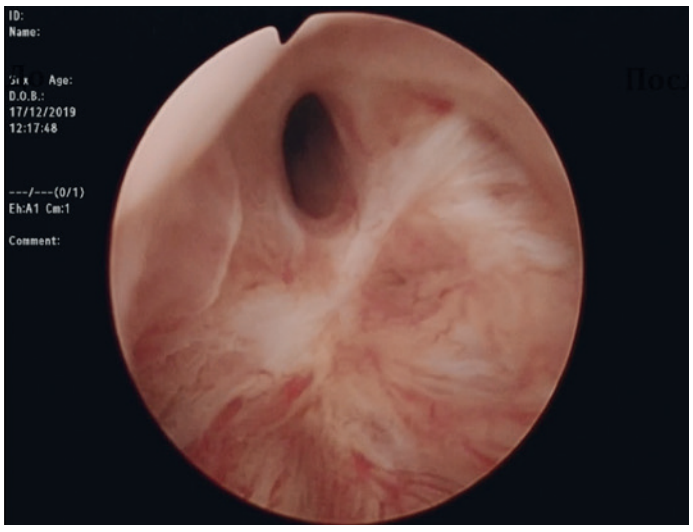


Рис. 1. **Рубцовая деформация шейки мочевого пузыря у пациента 68 лет, через 2 месяца после ТУРП (V=42 см³)**

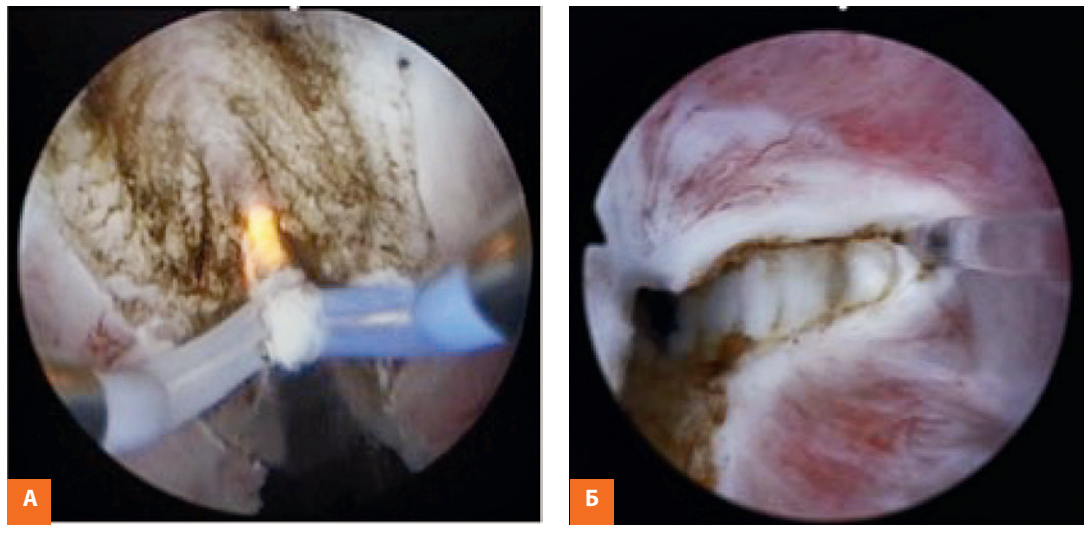


Рис. 2. **А – трансуретральная электроинцизия шейки мочевого пузыря; Б – тулиевая вапорезекция шейки мочевого пузыря**

Тулиевый лазер

Начиная с 2005 года, когда тулиевый лазер был впервые представлен для лечения больных гиперплазией простаты, было разработано множество методик, основывающихся на этой технологии: тулиевая энуклеация (ThuLEP), тулиевая волоконная энуклеация (ThuFLEP), тулиевая вапоэнуклеация (ThuVEP), тулиевая вапоризация (ThuVP) и тулиевая резекция (ThuLRP).

Исследования с использованием лазера мощностью 70–150 Вт показали частоту развития РДШМП после ThuVEP, ThuLRP, ThuVP и ThuLEP около 1,6%. Наименьший показатель частоты встречаемости РДШМП в послеоперационном периоде отмечен при выполнении ThuFLEP – 0,5% (1 случай в группе из 211 пациентов). При выполнении ThuVEP с использованием лазера мощностью 120–200 Вт частота осложнений возрастает до 3,6%. Таким образом, частота РДШМП после вышеуказанных методик оперативного лечения больных гиперплазией простаты составила от 0,5 до 3,6%. В проспективном многоцентровом исследовании после применения тулиевой вапорезекции (ThuVARP), включавшем 2216 пациентов, частота встречаемости РДШМП составила 1,6%. При сравнении ThuLEP и ThuLRP при малых объемах простаты (30 и менее см³) были получены сопоставимые показатели эффективности и безопасности, однако в группе больных после ThuLRP выявлена значительно более высокая частота (13,6%) развития РДШМП по сравнению с группой больных, перенесших ThuLEP (1,8%; $p = 0{,}045$). Таким образом, выбор методики ThuLEP может значительно снизить риск РДШМП у пациентов с небольшим объемом простаты, так как процедура заключается в энуклеации гиперплазированной ткани простаты без термического повреждения шейки мочевого пузыря [3-5].

Гольмиевый лазер

Гольмиевая лазерная энуклеация гиперплазии простаты (HoLEP) характеризуется высоким уровнем безопасности и эффективности, и считается превосходящей ТУРП, а частота развития РДШМП при ее использовании считается сравнительно низкой (от 0,4 до 1,7%), однако при выполнении гольмиевой лазерной аблации простаты (HoLAP) данный показатель может возрастать до 7%. В наиболее крупном исследовании на эту тему, включающем 1216 пациентов, сообщается о частоте встречаемости РДШМП после HoLEP – 1,1% (14 случаев) при наблюдении в течение 7,6 лет, при этом у 10 пациентов с РДШМП (71,4%) объем простаты был менее 50 см³.

При этом по данным сравнительных исследований значительная корреляция между объемом простаты и развитием РДШМП отмечается независимо от типа используемого лазера: 7%, при HoLEP и 9,6% при фотоселективной вапоризации гиперплазированной ткани простаты (ФВП) лазером GreenLight. Сравнение указанных разновидностей лазеров без привязки к объему простаты демонстрирует более высокую частоту развития РДШМП у пациентов после ФВП (6%), чем после HoLEP (1%). При сравнении ThuLEP и HoLEP статистически значимой разницы в частоте встречаемости РДШМП не отмечается [7, 8].

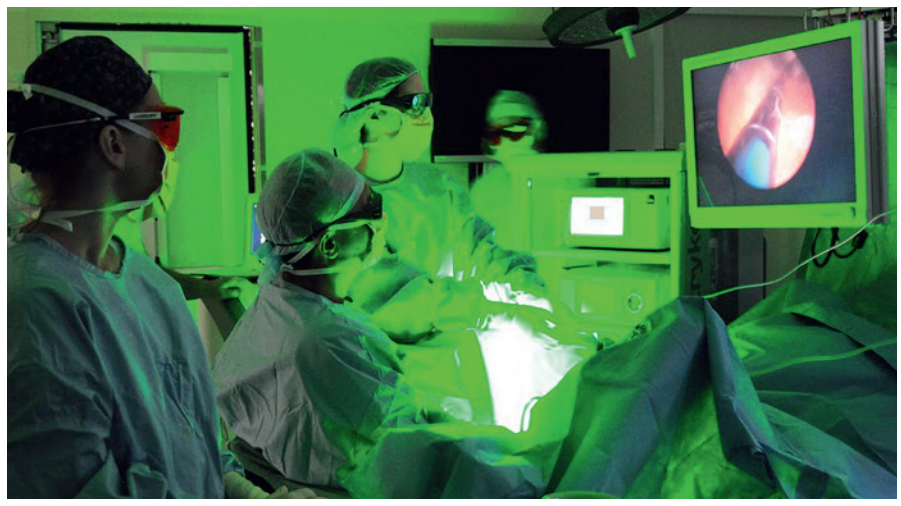


Рис. 3. **Фотоселективная вапоризация гиперплазии простаты лазером GreenLight (Green Light High Performance System™ Boston Scientific, США)**

Фотоселективная вапоризация гиперплазированной ткани простаты лазером GreenLight

Частота развития РДШМП после ФВП сопоставима с таковой после ТУРП, однако, по результатам некоторых исследований может ее превосходить, при этом подчеркивается, что этот показатель может варьировать в зависимости от модели лазера и мощности примененной энергии. Это связано с особенностями воздействия GreenLight – он глубже проникает в окружающие ткани, что приводит к термическому повреждению. В целях предотвращения развития РДШМП при выполнении ФВП с использованием GreenLight, во время операции производится холодный надрез в области шейки мочевого пузыря, а сама вапоризация производится по полуокружности с 3 до 9 часов условного циферблата [9, 10] (*рис. 3*).

Диодная лазерная вапоризация гиперплазии простаты

Диодная лазерная вапоризация у больных ДГПЖ является более безопасной методикой по сравнению с ТУРП. Встречаемость РДШМП среди осложнений после диодной лазерной вапоризации в сравнении с другими видами лазерного воздействия достаточно низкая. Это связано с меньшим термическим повреждением шейки мочевого пузыря, которое, несмотря на наибольшую глубину воздействия (0,5–5 мм), характерно для диодного лазера [3, 7].

Заключение

Помимо известных факторов риска на вероятность формирования РДШМП после различных трансуретральных эндоскопических хирургических вмешательств может влиять вид применяемой энергии и оперативной техники. Персонализированный подход к оперативному лечению больных гиперплазией простаты в группе высокого риска может позволить снизить вероятность развития РДШМП.

Список литературы:

1. Аббосов Ш.А., Охоботов Д.А., Сорокин Н.И., Шомаруфов А.Б., Шапаров Б.М., Наджимитдинов Я.С., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Камалов А.А. Оценка эффективности баллонной дилатации рубцового сужения шейки мочевого пузыря после трансуретральных вмешательств на предстательной железе (предварительные результаты). Вестник урологии. 2021;9(1): 5–13.
2. Tao H., Jiang Y.Y., Jun Q., Ding X., Jian D.L., Jie D., Ping Z.Y. Analysis of risk factors leading to postoperative urethral stricture and bladder neck contracture following transurethral resection of prostate. Int Braz J Urol. 2016;42(2):302–311.
3. Tang Y., Li J., Pu C., Bai Y., Yuan H., Wei Q., Han P. Bipolar transurethral resection versus monopolar transurethral resection for benign prostatic hypertrophy: a systematic review and meta-analysis. J. Endourol. 2014;28(9):1107–1114.
4. Аббосов Ш. А., Сорокин Н. И., Кадрев А. В., Шомаруфов А. Б., Нестерова О. Ю., Акилов Ф. А., Камалов А. А. Предикторы развития склероза шейки мочевого пузыря после трансуретральных вмешательств на предстательной железе. Урология. 2021;5:73–77.
5. Lee Y.H., Chiu A.W., Huang J.K. Comprehensive study of bladder neck contracture after transurethral resection of prostate. J. Urology. 2005;65(3):498–503.
6. Liu C., Zheng S., Li H., Xu K. Transurethral enucleation and resection of prostate in patients with benign prostatic hyperplasia by plasma kinetics. J Urol. 2010;184(6):2440–45. doi: 10.1016/j.juro.2010.08.037.
7. Abbosov S.A., Sorokin N. I., Shomarufov A. B., Kadrev A. V., Nuriddinov K. Z., Mukhtarov S. T., Akilov F. A., Kamalov A. A. Bladder neck contracture as a complication of prostate surgery: Alternative treatment methods and prospects (literature review). Urological Science. 2022;33(2):49–55.
8. Abbosov S. A., Sorokin N. I., Shomarufov A. B., Kadrev A. V., Mikheev K. V., Fozilov A. A., Najimitdinov Y. S., Ohobotov D. A., Giyasov S. I., Mukhtarov S. T., Akilov F. A., Kamalov A. A. Assessment of the balloon dilation efficiency in bladder neck contracture after transurethral interventions on the prostate. Urological Science. 2022;33(3 (2022), 130–135.
9. Камалов А. А., Осмоловский Б. Е., Охоботов Д. А. Отдаленные результаты фотоселективной вапоризации предстательной железы в лечении аденомы простаты. Урология. 2012;3:31–33.
10. Spaliviero M., Araki M., Culkin D.J., Wong C. Incidence, management, and prevention of perioperative complications of GreenLight HPS laser photoselective vaporization prostatectomy: experience in the first 70 patients. J. Endourol. 2009;23(3):495–502.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия сегодня

Заведующий отделением московской ГКБ им. Д.Д. Плетнева, к.м.н., врач-уролог высшей квалификационной категории **Сергей Анатольевич Москаленко** начал свой доклад на XVIII Конгрессе по эндоурологии и новым технологиям с рекомендаций Европейского общества урологов 2022 года, где был обозначен алгоритм лечения больных камнями почек и мочеточника. Он отметил, что в лечении пациентов с камнями до 1 см прерогатива остается за дистанционной ударно-волновой литотрипсией (ДУВЛ).

«Однако анализ тенденций в лечении пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) с 2009 по 2021 годы на территории Европы показал, что интерес врачей к использованию ДУВЛ в течение этого периода снизился на 14,5%, в то время как повысилась частота применения иных малоинвазивных методик на 17%, – подчеркнул он. – При этом на 250% увеличилось использование уретероскопии в диагностике. В России (по данным 5 урологических отделений) наблюдаются те же тенденции: если в 2012 году использование ДУВЛ в лечении больных МКБ составляло 61,3%, то в 2019 – 15,2%».

Докладчик выделил 2 основные причины вышеописанной ситуации: стоимость и эффективность лечения. «Наибольшую конкуренцию ДУВЛ при удалении камней мочеточника в течение последних 7–10 лет составил метод контактной уретеролитотрипсии. И хотя стоимость последней значительно возросла, при этом также было показано, что индекс качества и продолжительности жизни пациентов при использовании данной методики немного выше, чем при ДУВЛ. И все же в работах европейских урологов подчеркивается, что именно на ДУВЛ следует остановить свой выбор при камнях размером до 1 см, так как этот метод является более выгодным при соотношении затрат и эффективности (по сравнению с контактной уретеролитотрипсией), - пояснил доктор С.А. Москаленко. - По нашим расчетам основные затраты при выполнении ДУВЛ составляет закупка расходных материалов и лекарственных препаратов, а общая стоимость самой процедуры невысока и составляет около 14 тысяч рублей за один сеанс. Однако руководители бюджетных медицинских учреждений часто ссылаются на нерентабельность использования ДУВЛ и стараются от нее отказаться».

Докладчик отметил, что, на его взгляд, основной причиной такого отказа является Приказ Минздрава от 13.10.2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». «В соответствии с этим приказом, ДУВЛ относится не к оперативным методам лечения, а к разряду физиотерапевтических. Поэтому и оплачивается по конкретному пребыванию пациента в стационаре, то есть фактически по тарифам МКБ 75030 (35398, 34 рубля). Данная сумма не покрывает все расходы и на стационарное лечение, и на выполнение ДУВЛ. Выхода здесь может быть два: либо менять номенклатуру, либо применять ДУВЛ в стационаре кратковременного пребывания в течение суток».

Также доктор С.А. Москаленко сообщил, что еще одной причиной снижения популярности использования ДУВЛ является эффективность. Если раньше существовало утверждение, что камни размером 4 мм способны к самостоятельному отхождению, и при этом ДУВЛ считалась эффективной методикой, после которой следовало проводить лекарственное лечение для дальнейшего отхождения фрагментов камней. Сегодня концепция изменилась, и говорится о необходимости полного освобождения пациента от камней через 3 месяца после вмешательства: только в таком случае лечение считается эффективным. В связи с этими изменениями было проведено большое количество сравнительных исследований по применению ДУВЛ и эндоскопических методик, при этом они показали эффективность ДУВЛ, хотя и с огромной разницей: от 18% до 96%.

«Думаю, что нам просто следует признать, что этот метод эффективен и что при соблюдении определенных строгих показаний и методики выполнения ДУВЛ может быть использована в урологической практике, а также способна конкурировать с малоинвазивными методами лечения», – сообщил он, отметив в заключение: «Если урологи будут использовать более полное понимание патофизиологии и физики ударных волн, то в будущем можно будет добиться гораздо более лучших результатов применения ДУВЛ. Это способно привести к возрождению метода и его использованию в качестве первой линии терапии у пациентов с МКБ во времена быстрого прогресса эндоскопических методов лечения».

Стриктуры мочеточников после эндоурологических вмешательств

Руководитель новосибирской клиники урологии, заведующий хирургическим отделением №2 медицинского центра «Авиценна», врач-уролог, онколог, к.м.н. **Денис Петрович Холтобин** рассказал на XVIII Конгрессе по эндоурологии и новым технологиям о причинах и лечении стриктур мочеточника.

Говоря об этиологии проблемы, докладчик выделил врожденные и приобретенные стриктуры мочеточника, а также травмы мочеточника, злокачественные новообразования брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, лучевые поражения, ретроперитонеальный фиброз, туберкулез. Также он отметил, что за последние годы возросла доля стриктур мочеточника после эндоурологических вмешательств, при этом подчеркнул, что длительное существование обструкции приводит к необратимому повреждению почки.

«В практике уролога травма мочеточника может встречаться и при эндоурологических вмешательствах (установке стента, проведении кожуха для гибкого уретероскопа, уретероскопии, литотрипсии, трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря, простаты), и при выполнении лапароскопии или открытых операций, – сказал он. – Также следует помнить, что травма может иметь для врача и юридические последствия: недавно в Новосибирской области было завершено расследование уголовного дела в отношении врача по обвинению в причинении тяжкого вреда здоровью пациента по неосторожности».

Доктор Д.П. Холтобин сообщил, что на сегодня разработан целый спектр операций, успешно выполняемых при стриктурах мочеточника: к ним относятся лоханочно-мочеточниковый анастомоз, уретеро-уретероанастомоз, перекрестный уретеро-уретероанастомоз, уретеронеоцистоанастомоз, операция Боари, аппендикопластика, кишечная пластика, буккальная пластика, аутотрансплантация почки и др. Выбор операции зависит от уровня подготовки хирурга, локализации и протяженности стриктуры.

Далее докладчик представил результаты собственных наблюдений травмы устья мочеточника у пациентов после ТУР. В одном из них через час после операции у пациента была отмечена почечная колика. При уретероскопии очевидным было термическое повреждение интрамурального отдела мочеточника. Пациенту была выполнена ТУР устья мочеточника с установкой стента и благополучным исходом.

Денис Петрович напомнил коллегам о клинических рекомендациях Минздрава РФ, где идет речь о показаниях к вмешательствам при камнях мочеточника. Сюда следует отнести низкую вероятность самостоятельного отхождения камня, рецидивирующий либо некупируемый болевой симптом, полную обструкцию верхних мочевыводящих путей (ВМП), единственную почку, билатеральную обструкцию ВМП, хронический бактериальный простатит и желание самого пациента. Противопоказанием к плановому оперативному вмешательству при камнях мочеточника является наличие признаков острой мочевой инфекции.

Говоря о различных методах лечения пациентов с МКБ (за одну процедуру, независимо от локализации камня), докладчик сообщил, что по его собственным данным трансуретральная контактная уретеролитотрипсия обладает эффективностью 96,8%, дистанционная ударно-волновая литотрипсия – 78,3%, перкутанная нефролитотрипсия – 90,6%. При этом травмы мочеточника в процессе таких операций встречались в 0,38 % случаев: основная локализация подобных повреждений наблюдалась либо в нижней трети мочеточника, либо в лоханочно-мочеточниковом сегменте. Также доктор Д.П. Холтобин представил анализ доли травм мочеточника после контактной уретеролитотрипсии: «Локализация травм преобладала в нижней трети мочеточника, в верхней трети травмы встречались в 2 раза реже. Протяженные стриктуры встречались нечасто, однако именно они имели наиболее драматичные последствия, так как требовали совершенно иного оперативного лечения».

В общей структуре вмешательств 3% составили операции по кишечной пластике мочеточника, другие травмы удалось устранить с применением собственных тканей пациента. 49% операций было выполнено по поводу стриктур после травмы мочеточника во время операций, из них 33% составили травмы после эндоурологических вмешательств. «Таким образом, основную долю травм пациенты получают не от наших коллег-гинекологов или онкологов, а от самих урологов. И об этом не следует забывать», – резюмировал докладчик.